

© Треумова С.І., Петров Є.Є., Боряк В.П.

УДК 616.24-002.2:616.12-005.4-008.9

Треумова С.І., Петров Є.Є., Боряк В.П.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

petrov_yevgen6@mail.ru

Публікація є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) «Особливості перебігу та прогнозу метаболічного синдрому з урахуванням генетичних, вікових, гендерних аспектів хворих, наявності у них різних компонентів метаболічного синдрому і конкретної супутньої патології та шляхи корекції виявлених порушень», № державної реєстрації 0114U001909.

Вступ. На сьогодні значна увага приділяється вивченню метаболічного статусу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з багатьма хворобами внутрішніх органів. Проведена значна кількість досліджень, що демонструють прямий асоціативний зв'язок між ХОЗЛ і кардіоваскулярними наслідками, в тому числі й летальними [1, 4]. Передбачають, що різні коморбідні стани, метаболічні порушення можуть мати більший вплив на клінічні наслідки у хворих на ХОЗЛ, ніж порушення бронхіальної прохідності та редукція легеневої функції [2].

Багаточисленні чинники ризику виникнення ХОЗЛ можна розглядати як предиктори маніфестації різних захворювань, в тому числі кардіоваскулярних, метаболічних [3]. Так, ряд експертів рахують, що ХОЗЛ неможливо розглядати інакше як поліморбідний стан [7, 8, 10]. Встановлено, що тим коморбідним фоном, на якому маніфестується ХОЗЛ, часто є різні метаболічні порушення, ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), хакексія, ожиріння [1, 8, 11]. Поширеність метаболічного синдрому (МС) серед хворих на ХОЗЛ становить від 21 до 53%, особливо на ранніх його стадіях [6, 12]. Метаболічні порушення у цих хворих зумовлюють тяжкі клінічні наслідки захворювання.

У сучасному суспільстві ХОЗЛ з кардіоваскулярними захворюваннями (ІХС, АГ) розглядаються в якості провідних причин смертності [4]. Клінічна значущість прогресивно збільшується по мірі старіння популяції. Так, по даним Всесвітньої організації охорони здоров'я серед причин смерті хворих з документованим ХОЗЛ являються не респіраторні захворювання, найчастіше, в 25%, вони вмирають від кардіоваскулярних причин. Підтвердженням цьому є дослідження Березина А.Е., 2009, Mannino D.M., 2007 [2, 9]. В клінічній картині захворювання часто буває важко визначити, яка із поєднаної патології є провідною. Водночас слід констатувати, що ІХС різної ступені вираженості зустрічається практично у кожного хворого на ХОЗЛ з метаболічними порушеннями.

Ряд авторів [5, 9] прийшли до висновку, що ХОЗЛ підвищує фактор ризику смерті у хворих ІХС на 50%, а з приєднанням шлуночкової аритмії загроза раптової смерті значно збільшується. В основі прогресування ХОЗЛ на тлі формування кардіоваскулярної патології і метаболічного синдрому лежить інсулінорезистентність та дисліпідемія, що призводить до розладів ендотеліальної регуляції судинного тону, реологічних порушень крові, які в свою чергу потенціюють розвиток хронічної гіпоксії, легеневої гіпертензії, легеневої недостатності, швидкого формування ІХС та хронічної ішемічної хвороби мозку. Діагностувати клінічні особливості перебігу ХОЗЛ на тлі поєднаної патології, метаболічного синдрому складно, слід враховувати їх клінічні стадії розвитку.

Мета дослідження – вивчити клінічні особливості перебігу ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі МС.

Об'єкт і методи дослідження: об'єктом дослідження були 40 хворих на ХОЗЛ_{ІІІ}. Із них – 15 хворих на ХОЗЛ_{ІІІ} в поєднанні з ІХС, без МС (1-а група), у 15 хворих на ХОЗЛ_{ІІІ} з ІХС діагностований МС (2-а група). Контрольну групу склали 10 хворих на ізольоване ХОЗЛ. Чоловіків – 22, жінок – 18, в середньому віці – 58,9±1,2 роки. Групи були ідентичними за віком, статтю та тяжкістю перебігу захворювання.

Аналіз даних анамнезу і результати клінічного обстеження здійснювали за розробленою картою спостереження. При цьому вивчали скарги хворих, анамнез хвороби, життя, огляд, об'єктивні дані методом пальпації, перкусії, аускультатії. Хворим проводилися лабораторні дослідження крові, сечі, харкотиння, біохімічні дослідження крові. Вивчали індекс маси тіла (ІМТ), об'єм талії, стегон, росто-ваговий показник. Статистичний аналіз проведений методами параметричної статистики. Для оцінки достовірності різниць використовувався критерій Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати клінічного обстеження викладені в табл. 1.

Як слідує з таблиці 1, клінічна симптоматика залежала від переваги поєднаної патології, а саме ІХС та метаболічного синдрому. Провідним симптомом у хворих на ізольоване ХОЗЛ (контрольна група), в поєднанні з ІХС (1-а група), з ІХС і метаболічним синдромом (2-а група) спостерігався кашель, який переважно мав приступоподібний характер, зменшувався після відділення харкотиння, особливо прийому бронхолітиків, що свідчить про наявність обструктивного

Таблиця 1

Клінічна характеристика обстежених хворих

Клінічні симптоми суб'єктивного обстеження	ХОЗЛ _{лст.} (контрольна група, n=10)		ХОЗЛ _{лст.} +ІХС (1-а група, n=15)		ХОЗЛ _{лст.} +ІХС+МС (2-а група, n=15)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кашель сухий	8	80,0±5,8	8	5,3±4,4 **	5	3,3±5,3 * *
вологий	2	20,0±4,6	5	33,3±5,8	9	60,6±6,0 * *
Задишка у спокої	-	-	3	20,0±3,0	5	33,3±5,3
при навантаженні	5	50,0±2,2	8	53,3±4,0 *	10	66,6±3,2 * *
Відчуття хрипів у грудній клітці	6	60,0±3,0	10	66,6±3,2	14	93,3±4,4 * *
Болі в ділянці серця	2	20,0±4,8	5	33,3±5,6	11	73,3±6,3 * *
Серцебиття	3	30,0±3,8	6	40,0±3,2	8	53,3±5,4
Аритмії	4	40,0±4,6	7	46,6±3,4	9	60,0±3,0 * *

Примітка: * - Достовірність різниці показників між 1-ю, 2-ю групами та контрольною (*P<0,05, **P<0,001).

типу легеневої недостатності. У хворих 1-ї та 2-ї групи на кашель значний вплив мав застій в малому колі кровообігу, він супроводжувався відділенням слизового харкотиння, а в період загострення бронхолегеневого процесу воно набувало слизово-гнійного або гнійного характеру. Вологий кашель частіше виявлявся у хворих з наявністю ІХС. Так, у хворих 1-ї групи він збільшився на 13,3% в порівнянні з контрольною групою, а саме з хворими на ХОЗЛ, але це збільшення було недостовірним. У хворих 2-ї групи при приєднанні метаболічного синдрому збільшення склали 26,7% в порівнянні з 1-ю групою та 40% з контрольною групою (P<0,001). Сухий кашель був переважно у хворих на ізольоване ХОЗЛ.

Порушення бронхіальної прохідності внаслідок бронхоспазму, затрудненого виділення харкотиння призводить до відчуття хрипів у грудній клітці, що ми спостерігали в 1,5 рази частіше у хворих 2-ї групи, ніж контрольною (P<0,001).

Задишка в стані спокою у хворих контрольною групи не спостерігалася.

Частіше вона виявлялася при навантаженні у хворих 2-ї групи (на 13,3%) ніж у хворих 1-ї (P<0,005) та на 16,6% ніж контрольною (P<0,001). Задишка у хворих на ХОЗЛ була експіраторна, супроводжувалася при її підсиленні збільшенням числа дихань без зміни виду, навіть деяким його укороченням, тоді як у хворих 1-ї та 2-ї групи вона мала змішаний характер, була постійною, залежала від кашлю, внаслідок чого

підсилювалася. У цих хворих задишка пов'язана з ступенем бронхообструкції, легеневою, серцевою недостатністю, метаболічними порушеннями, про що свідчили у наших хворих відповідні зменшення об'ємів форсованого видиху за секунду (ОФВ₁).

У хворих з поєднаною патологією перевагу мали скарги зі сторони серцево-судинної системи, особливо при наявності метаболічних порушень (2-а група). Так, болі в ділянці серця у хворих 2-ї групи були на 40% частіше, ніж у хворих 1-ї групи і на 53,3% ніж у хворих контрольною групи (P<0,001). Частіше спостерігалися і такі скарги, як серцебиття, перебої в роботі серця, що певною мірою свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання в поєднаній патології на тлі МС. Це обумовлено більш високим відсотком легеневої і серцевої недостатності, при якій гіперкапнія та ацидоз значно погіршують їх перебіг.

Підводячи підсумки результатів суб'єктивного обстеження слід відмітити, що у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі метаболічного синдрому суб'єктивна симптоматика була більш вираженою. У хворих

контрольною групи скарги мали переважно «бронхообструктивний», а у хворих з поєднаною патологією – «стенокардичний» характер.

Результати об'єктивного обстеження хворих на ХОЗЛ, в поєднанні з ІХС на тлі метаболічного синдрому викладено в **табл. 2**.

Результати проведеного об'єктивного обстеження свідчать, що загальний стан середньої тяжкості і тяжкий був у 12 (79,3%) хворих 2-ї групи, тоді як у хворих 1-ї групи – у 10 (66,6%) і лише середньої тяжкості – у 3 (30,0%) хворих контрольною групи, серед яких хворі в тяжкому стані не перебували. Задовільний стан у хворих 2-ї групи зустрічався на 50% менше, ніж у хворих контрольною групи і на **13,3%** ніж у хворих 1-ї групи. Це свідчить про синдром «взаємного обтяження», який призводить до більш тяжкого перебігу захворювання, ранньої інвалідності та смертності [15].

Ціаноз слизових оболонок спостерігався в 1,1 рази частіше у хворих 1-ї та в 1,3 рази у хворих 2-ї групи, ніж контрольною. Це свідчить про приєднання скоріше за все лівошлуночнової недостатності, метаболічних порушень, що підтверджується наявністю периферійних набряків, які відмічені у 8 (46,6%) хворих 1-ї і у 10 (66,6%) хворих 2-ї групи, тоді як у контрольною групі лише у 3 (30%) хворих. У хворих контрольною групи набряки були нестійкими, тоді як у хворих з поєднаною патологією на тлі метаболічних порушень вони мали стійкий характер, зникали або зменшувалися лише після прийому діуретиків. У цих хворих ціаноз

Таблиця 2

Результати об'єктивного обстеження хворих

Клінічні симптоми об'єктивного обстеження	ХОЗЛ _{лст.} (контрольна група, n=10)		ХОЗЛ _{лст.} +ІХС (1-а група, n=15)		ХОЗЛ _{лст.} +ІХС+МС (2-а група, n=15)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальний стан: задовільний	7	70,0±5,3	5	33,3±4,2 **	3	20,0±3,3 * **
середньої тяжкості	3	30,0±3,2	6	40,0±4,2	8	53,3±3,8 * **
тяжкий	-	-	4	26,6±1,0	4	26,0±1,2
Цианоз	6	60,0±4,5	10	66,6±3,6	12	80,0±4,2 * **
Хрипи: сухі	5	50,0±4,6	4	40,0±4,5	2	20,0±3,3 * **
вологі	3	30,0±4,0	9	60,0±3,6 **	12	80,0±4,5 * **
Тимпанічний звук	9	90,0±2,4	14	93,3±2,8	14	93,3±2,8
Ослаблене везикулярне дихання	7	70,0±5,2	11	73,3±3,3	12	80,0±3,6
Зміна меж серця: ліворуч	3	30,0±3,6	10	66,7±2,4 **	13	86,7±4,1 * **
праворуч	7	70,0±5,8	5	33,3±4,6 **	2	20,0±3,4 * **
Акцент ІІ тону над аортою	3	30,0±3,6	8	53,3±3,8 **	10	66,6±4,2 * **
Акцент ІІ тону над легеневою артерією	5	50,0±4,8	5	33,3±4,2 **	2	13,8±1,8 * **
Збільшення печінки	5	50,0±3,0	7	46,6±3,4	9	60,0±6 * **
Тахікардія в стані спокою	-	-	3	20,0±2,3	4	26,6±1,5 *
Набряки	3	30,0±3,2	8	46,6±4,2 **	10	66,6±4,6 * **

Примітка: * Достовірність різниці показників між 1-ю, 2-ю групами та контрольною (*P<0,05, **P<0,001).

підсилювався і кінцівки ставали холодними, що обумовлено сповільненням току крові, збільшенням вмісту відновленого гемоглобіну у венній крові, підсиленням сприйманням кисню тканинами, розвитком недостатності кровообігу, тоді як у хворих на ізольоване ХОЗЛ пальці були теплими. Це одна із ознак легеневої недостатності, яка свідчила про наявність гіпоксемії і гіперкапнії. Слід звернути увагу, що лише у хворих з поєднаною патологією спостерігається нестійке

ХОЗЛ тахікардії в спокійному стані не відмічалось, що вказує на компенсовану гіперфункцію серця. Діастичний і систолічний артеріальний тиск був вищий у групі хворих з поєднаною патологією, особливо на тлі метаболічного синдрому. У 4 (26,6%) хворих ми спостерігали його підвищення до 160/100 мм.рт.ст.

Наведені дані об'єктивного обстеження свідчать, що ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі метаболічного синдрому взаємоускладнюють перебіг один одного, що веде до прогресування недостатності

набухання шийних вен, яке не залежить від фаз дихання та впливає на внутрішньогрудний тиск.

Такі ознаки, як наявність тимпанічного легеневого звуку, ослабленого везикулярного дихання в усіх групах було майже однаково, як результат емфіземи легень.

При аускультатії у хворих на ізольоване ХОЗЛ (контрольна група) частіше над легенями вислуховувалися сухі хрипи (як прояви ХОЗЛ), тоді як при приєднанні ІХС, метаболічних порушень – вологі, як результат порушення кровообігу в малому колі внаслідок ослаблення скорочувальної властивості лівого шлуночка. Це підтверджується змінами лівої і правої меж відносної серцевої тупості.

Так, у хворих 2-ї групи зміна межі серця вліво виявлена у 86,7%, тоді як у хворих контрольної групи у 30,0% (P<0,001) і навпаки, у 70,0% хворих контрольної групи межа серця зміщена вправо, а у хворих 2-ї групи лише у 20,0% (P<0,001). У 66,6% хворих 2-ї групи вислуховувався акцент ІІ тону над аортою, у 13,3% – над легеневою артерією, тоді як у хворих контрольної групи, відповідно, у 30,0% і 50,0%.

У 9 (60,0%) хворих 2-ї групи визначалося збільшення розмірів печінки за Курловим, що зумовлено, насамперед, застійними явищами у великому колі кровообігу. Тоді як у контрольній групі лише у 5 (50,0%) хворих, що на 10,0% менше ніж при поєднаній патології.

У хворих з поєднаною патологією, особливо на тлі метаболічних порушень, була наявна тахікардія в стані спокою (на 6,6% більше, ніж у хворих без метаболічних порушень), яка значно збільшувалася при навантаженні, що свідчить про наявність гіперфункції серця, метаболічних впливів. У хворих на ізольоване

кровообігу, метаболічних порушень, легеневої недостатності.

Клінічний аналіз крові переважно у хворих другої групи свідчив про еритроцитоз, збільшення гематокриту і вмісту гемоглобіну, що характерно для артеріальної гіпоксемії. Інших змін крові не спостерігалось.

Багатьма дослідженнями доведено, що в розвитку метаболічного синдрому значну роль відіграє порушення ліпідного обміну: збільшення рівня холестерину (ХС), окислених ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), зменшення їх високої щільності (ХС ЛПВЩ) що ускладнює перебіг основного захворювання. Так, рівень холестерину у хворих другої групи був на $1,2 \pm 0,4$ ммоль/л більший ніж у хворих на ізольоване ХОЗЛ і на $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л ніж у хворих першої групи ($P < 0,05$). Відповідно на $2,5 \pm 0,4$ ммоль/л виявлено збільшення ХС ЛПНЩ та зниження на $0,5 \pm 0,02$ ммоль/л ХС ЛПВЩ. Співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ збільшилося з 3,4 у хворих першої групи до 5,5 другої групи. Очевидно виявлене у

даному дослідженні збільшення рівня ХС ЛПНЩ зумовлене нарощуванням тяжкості перебігу захворювання внаслідок приєднання супутньої патології та формування метаболічного синдрому.

Порушення ліпідного обміну – це один з основних компонентів метаболічного синдрому. Запальна відповідь у хворих на ХОЗЛ супроводжувалася збільшенням С-реактивного білка, фібриногену.

Висновок. Отримані клініко-лабораторні дослідження у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС (особливо на тлі метаболічного синдрому) свідчать, що ці захворювання взаємно погіршують клінічний перебіг в порівнянні з хворими на ізольоване ХОЗЛ, що слід враховувати як в діагностиці так і в розробці лікування цієї поєднаної патології.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується вивчення показників функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з метаболічним синдромом.

Література

1. Амосова К.М. Ішемічна хвороба серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень і деякі особливості клініки та морфо-функціонального стану міокарду за даними ретроспективного аналізу / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова // Укр. пульмон. журн. – 2008. – № 1. – С. 9-12.
2. Березин А.Е. ХОБЛ и кардиоваскулярный риск / А. Е. Березин // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 2 (70). – С. 62-68.
3. Попова Т.Н. Особенности клинико-лабораторных проявлений и нутритивного статуса у больных ХОБЛ в сочетании с метаболическим синдромом : автореф. дисс. на соискание научной степени канд. мед. наук : спец. 14.00.95 «Внутренние болезни» / Т. Н. Попова. – Тюмень, 2009. – 22 с.
4. Ступницька Г.Я. Хронічне обструктивне захворювання легень: Дві сторони однієї медалі / Г. Я. Ступницька, О. І. Федів // Укр. тер. журн. – 2013. – № 4. – С. 85-92.
5. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть 2. ХОБЛ и некардиальные поражения // РМЖ. – 2008. – № 5. – С. 40. – Режим доступа <http://www.zmy.ru/>
6. Cline E. COPD and the metabolic syndrome; an intriguing association / E. Cline, E. Crisafulli // Inter. Emerg. Med. – 2011. – Режим доступа <http://www.thoracic.org/clinical/pulmonary-rehabilitation/literature-reviews/2011-october>.
7. Fabbri L.M. Chronic disease in the elderly: back to the future of internal medicine / L. M. Fabbri // Breathe. – 2006. – Vol. 3 (1). – P. 40-49.
8. Maltais F. Skeletal muscles in chronic airflow obstruction / F. Maltais // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2003. – Vol. 168 (8). – P. 916-977.
9. Mannino D.M. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends / D. M. Mannino, A. S. Buist // The Lancet. – 2007. – Vol. 370 (9589). – P. 765-773.
10. Sin D.D. Mortality in COPD: role of comorbidities / D. D. Sin // Respir. J. – 2006. – Vol. 28 (6). – P. 1245-1257.
11. Wang P.S. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives / P. S. Wang // Hypertension. – 2005. – Vol. 46 (2). – P. 273-279.
12. Watz H. Ertupulmonary effects of chronic obstructive pulmonary disease on physical active / H. Watz, B. Waschki, C. Boehme // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2008. – Vol. 177. – P. 743-751.

УДК 616.24-002.2:616.12-005.4-008.9

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Треумова С.І., Петров Є.Є., Боряк В.П.

Резюме. В останні роки в клінічному перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) приділяють увагу розвитку метаболічного синдрому (МС) в поєднанні з захворюваннями внутрішніх органів. Коморбідним фоном, на якому маніфестується ХОЗЛ, часто являються метаболічні порушення, ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ). Поширеність МС серед хворих на ХОЗЛ становить від 21 до 53%, особливо на ранніх його стадіях. Доведено, що у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі МС кількість скарг була більшою. У хворих на ізольоване ХОЗЛ скарги носили більш «bronхо-обструктивний», а у хворих з поєднаною патологією – «стенокардитичний» характер. Приведені дані об'єктивного обстеження свідчать, що ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі МС взаємоускладнюють перебіг один одного. Це веде до прогресування недостатності кровообігу, метаболічних порушень, легеневої недостатності.

Отримані клініко-лабораторні дослідження вказують, що ці два захворювання взаємно погіршують клінічний перебіг в порівнянні з хворими на ізольоване ХОЗЛ, що слід враховувати як в діагностиці, так особливо в розробці лікування цієї поєднаної патології.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, поєднана патологія, метаболічний синдром, бронхообструкція, недостатність кровообігу, ліпіди.

УДК 616.24-002.2:616.12-005.4-008.9

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Треумова С.И., Петров Е.Е., Борjak В.П.

Резюме. В последние годы в клиническом течении хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) уделяют внимание развитию метаболического синдрома (МС) в сочетании с заболеваниями внутренних органов.

Коморбидным фоном, на котором манифестируется ХОБЛ, часто являются метаболические нарушения, ишемическая болезнь сердца (ИБС) артериальная гипертензия (АГ). Распространенность МС среди больных на ХОБЛ составляет от 21 до 53%, особенно на ранних его стадиях. Доказано, что у больных на ХОБЛ в сочетании с ИБС на фоне МС количество жалоб было больше. У больных на изолированную ХОБЛ жалобы носили более «бронхообструктивный», а у больных с сочетанной патологией – «стенокардитический» характер.

Приведенные данные объективного исследования свидетельствуют, что ХОБЛ в сочетании с ИБС на фоне МС взаимоусложняют течение друг друга, что ведёт к усилению недостаточности кровообращения, метаболическим нарушениям, лёгочной недостаточности.

Полученные клиничко-лабораторные исследования свидетельствует, что эти два заболевания взаимоухудшают клиническое течение в сравнении с больными на изолированную ХОБЛ, что следует учитывать как в диагностике, так особенно в разработке этой сочетанной патологии.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание лёгких, ишемическая болезнь сердца, сочетанная патология, метаболический синдром, бронхообструкция, недостаточность кровообращения, липиды.

UDC 616.24-002.2:616.12-005.4-008.9

Clinical-Laboratory Peculiarities of the Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Combination with Ischemic Heart Disease on the Background of Methabolic Syndrome

Treumova S.I., Petrov Ye.Ye., Boriak V.P.

Abstract. Now great attention is paid to the study of metabolic syndrome (MS) among the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with many diseases of internal organs. Metabolic disorders, ischemic heart disease (IHD), arterial hypertension are often a comorbid background for manifestation of COPD. It is supposed that different comorbid states, metabolic disorders can more influence on clinical consequences among the patients with COPD than disorders of bronchial patency and reduction of pulmonary function. The prevalence of MS among the patients with COPD is from 21 to 53 % (peculiarly during its early stages). It has been proved that clinical symptomatology depends on presence of combined pathology: IHD and MC namely.

The research, carried out by us, has shown that cough was a leading symptom among the patients with isolated COPD (control group), in combination with IHD (the 1st group), with IHD and MS (the 2nd group). It had mainly paroxysmal character, decreased after expectoration, with using of bronchial spasmolytics peculiarly. Congestion in a pulmonary circulation had a great influence on the cough among the patients of the 1st and the 2nd groups. Moist cough was revealed more often among the patients with IHD, dry cough – among the patients with isolated COPD. Disorder of bronchial patency due to bronchospasm, difficult expectoration result to the feeling of rales in a chest. This symptom was observed in 1,5 times more often among the patients of the 2nd group (in comparison with the control group). Dyspnea at rest wasn't revealed among the patients of control group. On exertion it was revealed more often among the patients of the 2nd group (by 13,3% in comparison with the 1st group and 16,6% – the control group). Dyspnea was expiratory among the patients with isolated COPD while it had a mixed character among the patients of the 1st and 2nd groups and it was connected with a degree of bronchial obstruction, lung and heart failure, metabolic disorders (decrease of forced expiratory volume per 1 second testified about it). The complaints from the side of cardiovascular system were primary among the patients with combined pathology (with metabolic disorders particularly).

It is necessary to mark that subjective symptomatology was more apparent among the patients with COPD in combination with IHD on the background of MS. The control group's patients' complains had «bronchoobstructive» character mainly and patients' with combined pathology – «anginal».

The results of the carried out research testify that every component of COPD in combination with IHD on the background of MS complicates the course of other one. It leads to progressing of circulatory insufficiency, metabolic disorders, lung failure.

Many researches have proved that disorders of lipid metabolism play an important role in the development of metabolic syndrome. Increase of the level of low-density lipoproteins, revealed in this research, must be caused by intensifying of severity of the course of disease due to the adding of accompanying pathology and the forming of MS.

Obtained results of our clinical-laboratory research testify that associated pathology worsen clinical course of disease among the patients with COPD in combination with IHD (on the background MS particularly) on comparison with the patients with the isolated COPD. It is necessary to take into account it both for diagnostics and treatment development of this combined pathology.

Keywords: metabolic syndrome, chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease.

Рецензент – проф. Катеренчук І.П.

Стаття надійшла 09.06.2015 р.