



В.В. Кривенко

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічні обструктивні захворювання легень, коронарний кровообіг.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные заболевания легких, коронарный кровоток.

Key words: ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, coronary blood flow.

Проведено аналіз 142 історій хвороб пацієнтів з прогресуючою стенокардією, або стенокардією напруги 3-4 функціонального класу. З них відібрано 32 хворих, які мали ХОЗЛ. У хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХОЗЛ має місце збільшення показника сумарного ураження артерій серця. Також при перебігу ІХС та ХОЗЛ спостерігається зростання рівня гемоглобіну, Mg^{++} , числа серцевих скорочень, товщини задньої стінки лівого шлуночка.

Проведен анализ 142 историй болезни пациентов с прогрессирующей стенокардией, или стенокардией напряжения 3-4 функционального класса. Из них выбрано 32 больных с наличием ХОЗЛ. У больных с сочетанным течением ИБС и ХОЗЛ наблюдается увеличение суммарного показателя поражений артерий сердца. Также при сочетании ИБС и ХОЗЛ наблюдается увеличение уровня гемоглобина, Mg^{++} , частоты сердечных сокращений, толщины задней стенки левого желудочка.

Was held a retrospective analysis of 142 medical reports in patients with instable angina and exertional angina of 3-4 functional classes. From them the 32 patient with COPD were extracted. In patients with combined course of ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease had been observed the increasing of heart arterial involvement. Also, the increasing in hemoglobin level, Mg^{++} , heart rate, and posterior left ventricular wall thickness was founded in those patients.

В літературі існує кілька поглядів на проблему поєднаного перебігу хронічного обструктивного запалення легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Ряд авторів синхронний перебіг цих хвороб вважають наслідком спільних факторів ризику: забруднення навколишнього середовища, тютюнопаління, алкоголізму [1]. Інші дослідники акцентують увагу на системному характері запалення при ХОЗЛ, в результаті якого істотно підвищується рівень С-реактивного протеїну, який продукує протизапальні цитокіни та тканьові фактор-чинники, що є незалежними предикторами високого серцево-судинного ризику [2]. Зустрічаються в літературі й повідомлення, що ХОЗЛ сповільнює формування атеросклеротичного процесу, в тому числі й у коронарних артеріях [3].

МЕТОЮ нашої **РОБОТИ** був порівняльний аналіз клініко-лабораторних та інструментальних показників у хворих на ІХС та у пацієнтів з поєднаним перебігом ІХС та ХОЗЛ.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виконання поставленої мети проведено ретроспективний аналіз 142 історій хвороби пацієнтів Запорізького обласного кардіологічного диспансеру з прогресуючою стенокардією, або стенокардією напруги 3-4 функціонального класу. Усім хворим було проведено коронароангіографію. На підставі даних історій хвороби та з урахуванням критеріїв, наведених у наказі МОЗ України № 128 від 12.03.2007 р., з 142 хворих відібрано 32 пацієнти, які мали ХОЗЛ. До 1-ї групи включено 110 хворих з прогресуючою стенокардією, або стенокардією напруги 3-4 функціонального класу. Другу групу склали 32 пацієнти з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС (прогресуюча стенокардія, або стенокардія напруги 3-4 функціонального класу). Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю анамнезу ІХС.

Для аналізу показників коронарографії розраховували величину сумарного ураження отвору артерій серця (СУАС) на

підставі спеціальної карти, розробленої Ю.С.Петросяном і Д.Г.Юселіані, 1973. Розрахунок СУАС дозволяє отримати інтеграційну оцінку коронароангіографії шляхом бальної оцінки звуження отвору коронарних судин, їх оклюзії з врахуванням типу кровозабезпечення серця, локалізації звуження, впливу центральнорозташованих звужень на наступні стенози артерій, ураження лівої коронарної артерії, її гілок та правої вінцевої артерії.

Морфо-функціональні параметри міокарда оцінювали на підставі результатів ехокардіографії з доплерівською приставкою, яка проводилася на апараті фірми «GE Medical Systems» (USA). Аналізували класичні показники функціонування серцево-судинної системи. Також вивчалися дані загального, біохімічного аналізу крові, ліпідограми, електролітів сироватки крові та рівню глюкози крові.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на IBM PC Pentium IV з використанням сформованої нами бази даних та пакету статистичної програми „Statistica 6.0 for Windows” (“StatSoft® Inc”, США) із застосуванням модуля „Основні статистики та таблиці».

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Як показали результати дослідження, у хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХОЗЛ рівень сумарного ураження артерій серця склав $50,0 \pm 5,03$ ум.од. У хворих на ІХС аналогічний показник був вірогідно ($P < 0,05$) меншим – $38,2 \pm 1,92$ ум.од. Зростання величини СУАС є прогностично не сприятливим фактором, адже свідчить про істотне порушення коронарного кровообігу. Одержані дані співпадають з результатами дослідження Behar S. et al., 1992, які встановили, що у популяції хворих з гострим інфарктом міокарда (5800 пацієнтів) частота ХОЗЛ на 50% більше, ніж у загальній популяції [4].

Істотна відмінність між виділеними групами у рівні СУАС зареєстрована на тлі достовірного зменшення у



хворих 1-ї групи, відносно пацієнтів 2-ї групи, величини холестерину у сироватці крові (відповідно $5,37 \pm 0,21$ г/л і $5,97 \pm 0,16$ г/л, $P < 0,05$). При цьому у хворих 2-ї групи виявлено збільшення ліпопротеїдів низької щільності на +67,5% і зменшення ліпопротеїдів високої щільності на -26,2%, тригліцеридів на -22,6% відносно пацієнтів 1-ї групи. Одержані результати узгоджуються з даними Don D.Sin, S.F.Paul Man 2003, які при обстеженні 6629 хворих на ХОЗЛ встановили, що хронічна обструктивна патологія легень супроводжується достовірним зменшенням тригліцеридів, зниженням рівня загального холестерину, фракцій аполіпротеїнів А1 та В. А розвиток атеросклерозу у хворих на ХОЗЛ науковці пов'язують перш за все з персистоючим системним запаленням в результаті якого, зокрема, С-реактивний протеїн та інші запальні медіатори утворюють «пінисті клітини», котрі і формують атеросклеротичну бляшку.

Системність патології при ХОЗЛ підтверджують й інші результати нашого дослідження. Так, між 1-ю та 2-ю групами виявлено достовірну відмінність, зокрема, у величині гемоглобіну (у 2-й групі - +4,3%), рівня Mg^{++} у сироватці крові (у 2-й групі - -15,5%), креатиніну (у 2-й групі - -15,7%). Зарєстровано відмінності й у рівні тропоніну I, фібіногену, МВ-креатинфосфокінази.

Зарєстровано істотну різницю й у низці показників, що характеризують функціональний стан серцево-судинної системи. Так, у хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХОЗЛ зафіксовано достовірне збільшення числа серцевих скорочень, товщини задньої стінки лівого шлуночка в систолу, внутрішньоміокардіального напруження лівого шлуночка, максимальної інтенсивності функціонування серцевих структур. Одержано також істотні відмінності між 1-ю та 2-ю групами у показниках діастолічної функції міокарда.

Таким чином, здобуті результати свідчать про доцільність подальшого вивчення показників гомеостазу, функціонального стану органів дихання та серцево-судинної системи у хворих з синхронним перебігом ІХС та ХОЗЛ з метою опрацювання ефективних методів корекції порушень коронарного кровообігу.

ВИСНОВКИ

1. У хворих з поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця та хронічного обструктивного захворювання легень має місце збільшення (на +31,0%, $P < 0,05$) показника сумарного ураження артерій серця в порівнянні з аналогічними за віком, статтю та тривалістю анамнезу хвороби пацієнтами, які мали виключно ішемічну хворобу серця.

2. При синхронному перебігу ішемічної хвороби серця та хронічного обструктивного захворювання легень спостерігається достовірне зростання величини гемоглобіну, рівня Mg^{++} у сироватці крові, числа серцевих скорочень, товщини задньої стінки лівого шлуночка в систолу, внутрішньоміокардіального напруження лівого шлуночка, максимальної інтенсивності функціонування серцевих структур.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jeremy A. Falk, Steven Kadiev, Gerard J. Criner et al. Cardiac Disease in Chronic Obstructive Pulmonary Disease // The Proceedings of the American Thoracic Society. – 2008. – Vol. №5. – P. 543-548.
2. Robert E. Walter, Jemma B. Wilk et al. Systemic Inflammation and COPD // Chest. – 2008. Vol. №. – 133. – P. 19-25.
3. Sin DD, Man SF. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? // Circulation. - 2003. – Vol. №107. – P. 1514–1519.
4. Behar S., Panosh A., Reicher Reiss H. et al. Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 5,839 consecutive patients with acute myocardial infarction. SPRINT Study Group // Am. J. Med. – 1992 – Vol. № 93. – P. 637.

Відомості про автора:

Кривенко Віталій Віталійович, магістрант кафедри внутрішніх хвороб №2 Запорізького державного медичного університету.
Контактний телефон: 80507451598
