

УДК 616.127-005.8+616.233-002+616.092+616.072.7-08

У.В. Синько, І.П. Вакалюк

## ШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Івано-Франківський національний медичний університет

**Резюме.** Клінічно-анамнестичні особливості перебігу захворювання вивчали у 30 пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), у 30 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та в 120 пацієнтів із ХОЗЛ у поєднанні з ІХС. Отримані результати свідчать про «взаємообтяження» перебігу поєдна-

ної патології, а тому подальші дослідження слід спрямувати на пошук клінічно-анамнестичних особливостей перебігу ХОЗЛ на тлі ІХС, що дасть змогу виділити критерії ризику і прогнозу поєднаної патології.

**Ключові слова:** ХОЗЛ, ІХС, критерії ризику, клінічно-анамнестичні особливості перебігу.

**Вступ.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – комплексний синдром, що включає запалення дихальних шляхів, обмеження швидкості повітряного потоку, набряк, мукоциліарну дисфункцію і гіпоксичну вазоконстрикцію артеріол легень, що призводить до зниження перфузії, а також до подальших структурних змін дихальних шляхів, у додаток до значних системних ефектів, що призводять до супутніх патологічних станів [1].

Від ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих віком 40 років і більше.

За результатами великих скринінгових досліджень поширеність ХОЗЛ більша в осіб, які курять, ніж у тих, хто не курить, в осіб старших за 40 років більше, ніж у молодих, у чоловіків більше, ніж у жінок.

При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження ХОЗЛ знаходиться на 13-му місці. Серед всіх хворих на ХОЗЛ тільки у половини встановлений діагноз [4].

Встановлено, що переважна більшість (83,9 %) амбулаторних хворих на ХОЗЛ мала, як мінімум, ще одне захворювання; більше 50 % пацієнтів мали одночасно три і більше захворювання. Найбільш розповсюдженими коморбідними станами були захворювання серцево-судинної системи. Найчастіше траплялися гіпертонічна хвороба та ІХС. 55,2 % обстежених мали ознаки серцевої недостатності. Але визначення наявності і ступеня серцевої недостатності було затруднено в них у зв'язку з неможливістю встановити першопричину задишки і зниження толерантності до фізичних навантажень [2].

Масштабні епідеміологічні дослідження показали, що провідною причиною смерті хворих на ХОЗЛ є не легенева недостатність, як традиційно прийнято вважати, а серцево-судинні катастрофи, які трапляються у 50 % хворих на ХОЗЛ. Перше місце в їх структурі посідає ІХС. Накопичується все більше даних про те, що персистувальне системне запалення, наявне при ХОЗЛ, може робити вагомий внесок у патогенез ІХС. Однак відомості про вели-

чини його показників у хворих на поєднану патологію, порівняно зі значеннями при ізольованій ІХС і ХОЗЛ, практично відсутні. Недостатньо вивченими також залишаються фактори серцево-судинного ризику при подібній поєднаній патології в сучасних умовах [3].

**Мета дослідження.** Визначити клінічні та анамнестичні особливості перебігу захворювання у пацієнтів, що хворіють на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ із супутньою ІХС.

**Матеріал і методи.** З метою вирішення поставленої задачі обстежено три групи осіб: у 1-й групі було 30 пацієнтів із ХОЗЛ; 2-га група налічувала 120 пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ та ІХС, а в 3-й групі-30 пацієнтів з ІХС відповідно.

Аналізували особливості скарг, а саме – задишки, кашлю, характеристик больового синдрому, симптомів, що супроводжували больовий напад та провокуючих факторів; характерних ознак клінічної картини захворювання, що визначалися при огляді та аускультатії; також визначали ФК стабільної стенокардії та форму ХОЗЛ у вказаних груп осіб. Всі отримані результати підлягали статистичній обробці.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані результати свідчать про відмінності в перебігу та клінічній картині захворювання залежно від наявності супутньої патології.

Так, задишку при фізичному навантаженні відмічали більшість пацієнтів із поєднаною патологією (93,3 %) і особи з ХОЗЛ (83,3 %), дещо рідше (36,7 %) – пацієнти з ІХС ( $p < 0,05$ ). У той же час частота задишки у спокою суттєво не відрізнялась.

У всіх хворих на ХОЗЛ мав місце кашель із виділенням мокротиння (100 %).

ХОЗЛ властива наявність дискомфорту в грудній клітці, стискаючий біль у грудях констатувало 80,0 % хворих на ХОЗЛ і ІХС та 60,0 % з ІХС ( $p < 0,05$ ). На локалізацію болю за грудниною вказували всі (100,0 %) хворі на ХОЗЛ та більшість хворих на ІХС (66,7 %) і поєднанням ХОЗЛ і ІХС (76,7 %). Також більшість пацієнтів як з ІХС, так і з ХОЗЛ та ІХС відмітила іррадіацію

Таблиця 1

## Клінічні ознаки захворювання у хворих на ХОЗЛ, ІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС

Ознака	ХОЗЛ+ІХС (n=120)	ІХС (n=30)	ХОЗЛ (n=30)
1	2	3	4
Задишка: при навантаженні у спокої	112 (93,3 %) 8 (6,7 %)	11 (36,7 %) * 4 (13,3 %)	25 (83,3 %) 5 (16,7 %)
Кашель	120 (100,0 %)	-	30 (100,0 %)
Виділення мокротиння	120 (100,0 %)	-	30 (100,0 %)
Наявність болю в грудях: дискомфорт стискаючий пекучий	75 (62,5 %) 24 (20,0 %) 21 (17,5 %)	5 (16,7 %) * 18 (60,0 %) * 7 (23,3 %)	30 (100 %) - -
Локалізація болю: - за грудниною - у ділянці серця	92 (76,7 %) 28 (23,3 %)	20 (66,7 %) 10 (33,3 %)	30 (100 %) -
Ірадіація болю: - під ліву лопатку - у ліву руку	81 (67,5 %) 15 (12,5 %)	18 (60,0 %) 5 (16,7 %)	- -
Тривалість болю: - до 5 хв - більше 5 хв	32 (26,7 %) 88 (73,3 %)	5 (16,7 %) 25 (83,3 %)	- -
Провокуючі фактори: - фізичне навантаження - емоційний стрес	78 (65,0 %) 64 (53,3 %)	18 (60,0 %) 22 (73,3 %) *	- -
Чим супроводжується напад: - задишкою - серцебиттям - загальною слабкістю - запамороченням - підйомом АТ	90 (75,0 %) 25 (20,8 %) 32 (26,7 %) 9 (7,5 %) 51 (42,5 %)	13 (43,3 %) * 8 (26,7 %) 20 (66,7 %) * 4 (13,3 %) 18 (60,0 %)	- - - - -
Кількість нападів за день	2,1±0,12	1,8±0,14	-
Кількість нападів за тиждень	4,5±0,22	3,6±0,25 *	-
Кількість вживаних таблеток нітрогліцерину в день	3,2±0,17	2,1±0,11	-
Кількість вживаних таблеток нітрогліцерину в тиждень	8,6±0,41	6,5±0,31 *	-
ФК стабільної стенокардії: - II - III	112 (93,3 %) 8 (6,7 %)	7 (23,3 %) * 23 (76,7 %) *	- -
1	2	3	4
Фактори ризику: паління вік більше 35 років артеріальна гіпертензія гіперхолестеринемія надлишкова маса тіла гіподинамія переохолодження	98 (81,7 %) 110 (91,7 %) 84 (70,0 %) 91 (75,8 %) 55 (45,8 %) 108 (90,0 %) 24 (20,0 %)	23 (76,7 %) 28 (93,3 %) 24 (80,0 %) 27 (30,0 %) * 22 (73,3 %) * 18 (60,0 %) * 11 (36,7 %)	25 (83,3 %) 22 (73,3 %) # 6 (20,0 %) # 5 (16,7 %) # 3 (30,0 %) # 5 (16,7 %) # 21 (70,0 %) #
Ціаноз	120 (100,0 %)	22 (73,3 %) *	24 (80,0 %) #
Набухання шийних вен	18 (15,0 %)	3 (10,0 %)	2 (6,7 %)
Периферичні набряки	7 (5,8 %)	2 (6,7 %)	2 (6,7 %)
Послаблені тони серця	120 (100,0 %)	30 (100,0 %)	22 (73,3 %) #
Акцент II тону над аортою	25 (20,8 %)	30 (100,0 %)	-
Акцент II тону над легеневою артерією	95 (79,2 %)	-	30 (100,0 %)
Свистячі хрипи в легенях	120 (100,0 %)	-	30 (100,0 %)
Форма ХОЗЛ: емфізематозна бронхітична	18 (15,0 %) 102 (85,0 %)	- -	26 (86,7 %) # 4 (13,3 %) #

Примітки. 1. Наведені абсолютні числа кількості осіб у групі. 2. У дужках вказаний відсоток хворих до загальної кількості осіб у групі. 3. \* - достовірність різниці даних між показниками клінічних ознак захворювання у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та групи пацієнтів з ІХС (p<0,05). 4. # - достовірність різниці даних між показниками клінічних ознак захворювання у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та групи пацієнтів з ХОЗЛ (p<0,05)

болю під ліву лопатку – (60,0 %) та (67,5 %) відповідно.

Серед провокуючих факторів болю переважало фізичне навантаження: у хворих на ІХС вказаний показник становив 60,0 %, тоді як у пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ та ІХС – 65,0 % відповідно. Відмічено, що за груднинний біль також провокувався емоційним стресом, а саме – у 73,3 % хворих на ІХС та в 53,3 % осіб з поєднанням ХОЗЛ і ІХС.

Аналізуючи власне больовий напад, відмічено переважання тривалості (більше 5 хв) як у пацієнтів з ІХС (83,3 %), так і в пацієнтів з ХОЗЛ і ІХС (73,3 %). Серед симптомів, якими супроводжувався больовий напад, у пацієнтів з ІХС переважали загальна слабкість (66,7 %) та підвищення АТ – (60,0 %) відповідно, а в пацієнтів із поєднаною патологією (ХОЗЛ і ІХС) більше траплялася задишка (75,0 %) і також підвищення АТ (42,5 %).

Кількість нападів як за день, так і за тиждень, переважала у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС – (2,1±0,12) нападів та (4,5±0,22) нападів відповідно, а також вказана група пацієнтів частіше вживала таблетки нітрогліцерину для зняття симптомів нападу, відповідно (3,2±0,17) таблеток за день і (8,6±0,41) таблеток за тиждень.

Відмічено, що у хворих на ІХС переважав ІІІ ФК стабільної стенокардії (76,7 %), а в пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ та ІХС – ІІ ФК (93,3 %).

Серед факторів ризику в пацієнтів із ХОЗЛ переважали куріння (83,3 %), вік більше 35 років (73,3 %) та переохолодження (70,0 %); у пацієнтів з ІХС – вік більше 35 років (93,3 %), артеріальна гіпертензія (80,0 %), куріння (76,7 %) та надлишкова маса тіла (73,3 %). Пацієнти з поєднаною патологією (ХОЗЛ та ІХС) вказували частіше на вік більше 35 років (91,7 %) та гіподинамію (90,0 %).

Цианоз спостерігали в більшості хворих на ХОЗЛ (80,0 %) та ІХС (73,3 %) і у всіх пацієнтів з поєднаною патологією.

Набухання шийних вен відмічено в 15,0 % пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ і ІХС, у 10,0 % хворих на ІХС та в 6,7 % пацієнтів з ХОЗЛ.

Частота периферичних набряків була однаковою у всіх групах пацієнтів, відповідно у 6,7 % і 5,8 % випадків.

У всіх хворих на ІХС при аускультатії серця вислуховувалися послаблені тони і акцент ІІ тону над аортою. У всіх хворих на ХОЗЛ вислуховувалися акцент ІІ тону над легеневою артерією. У всіх

пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ і ІХС також відмічено послаблені тони серця, але в більшості пацієнтів (79,2%) вислуховувалися акцент ІІ тону над легеневою артерією. Також у всіх хворих на ХОЗЛ при аускультатії легень вислуховувалися свистячі хрипи.

Щодо форми ХОЗЛ, то при ізольованому перебігу захворювання переважала емфізематозна (86,7 %), а при поєднанні з ІХС – бронхітична (85,0%) форми.

### Висновки

Приєднання ішемічної хвороби серця до хронічного обструктивного захворювання легень зумовлює тяжчий (порівняно з ізольованою патологією) перебіг захворювань, а тому відмічено «взаємообтяження» скарг, клінічних даних та провокуючих факторів.

Встановлено, що в пацієнтів із поєднаною патологією превалює бронхітична форма хронічного обструктивного захворювання легень, яка є більш несприятлива щодо прогнозу захворювання.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження слід спрямувати на пошук клінічно-анамнестичних особливостей перебігу хронічного обструктивного захворювання легень на тлі ішемічної хвороби серця, що дасть змогу виділити критерії ризику і прогнозу поєднаної патології.

### Література

1. Викторова И.А. Изменение кардиогемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией и хронический обструктивной болезнью легких на фоне комплексного лечения / И.А. Викторова, В.В. Голошубина // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 4. – С. 16-20.
2. Гашинова К.Ю. Системні прояви та коморбідність у амбулаторних пацієнтів з ХОЗЛ / К.Ю. Гашинова // Укр. пульмонолог. ж. – 2013. – № 2. – С. 41-45.
3. Січінава Д.Ш. Диагностика ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та оцінка можливостей їх лікування кардіоселективними β-адреноблокаторами: автореферат дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук / Д.Ш. Січінава. – К., 2008. – 21 с.
4. Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. хронічне обструктивне захворювання легень. – 2013. – С. 6.

## ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

У.В. Синько, И.П. Вакалюк

**Резюме.** Клинико-анамнестические особенности течения заболевания изучали у 30 пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), у 30 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и у 120 пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС. Полученные результаты свидетельствуют о «взаимоотягощении» течения сочетанной патологии, и поэтому последующие исследования нужно направить на поиск клинико-анамнестических

особенностей течения ХОЗЛ на фоне ИБС, что позволит выделить критерии развития и прогноза сочетанной патологии.

**Ключевые слова:** ХОЗЛ, ИБС, критерии развития, клинико-anamnestические особенности течения.

## CORONARY HEART DISEASE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY

*U.V. Sinko, I.P. Vakaliuk*

**Abstract.** Clinicoanamnestic characteristics of the disease were studied in 30 patients with COPD, 30 patients with coronary artery disease and 120 patients with COPD combined with coronary artery disease. The results suggest "mutual aggravation" of current comorbidity, and therefore follow-up studies should be directed at finding clinicoanamnestic features of COPD against the background of coronary artery disease, which will highlight the development of criteria and prognosis of comorbidity.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery disease, development criteria, clinicoanamnestic features of the course.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. Т.О. Ілашук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 155-158

Надійшла до редакції 19.05.2015 року

© У.В. Синько, І.П. Вакалюк, 2015

УДК 616.33-002.2-036.65-02-085.243.4

*Є.Я. Склярів, Махер Мбаркі*

## ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМУ ДІЇ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ЛІКУВАННІ НПЗП-ГАСТРОПАТІЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Резюме.** Проведена оцінка ролі лейкотриєну В4 (LTB4) та простагландину Е2 (PGE2) у розвитку НПЗП-гастропатій на тлі призначення інгібіторів протонної помпи. Встановлено, що призначення нестероїдних протизапальних препаратів у профілактичній дозі хворим із кардіоваскулярною патологією призводить до пригнічення циклооксигенази, зміщуючи рівновагу між PGE2 та LTB4 на користь останніх із подальшим розвитком НПЗП-гастропатій. Застосування пантопразолу

призводило до зменшення ерозивно-виразкових уражень гастроуденальної зони на тлі прийому ацетилсаліцилової кислоти (АСК). Крім того, призначення пантопразолу призводило до суттєвого зниження показників LTB4 без достовірних змін вмісту PGE2, що необхідно враховувати для подальшої корекції лікування таких осіб.

**Ключові слова:** НПЗП-гастропатія, пантопразол, простагландин Е2, лейкотриєн В4.

**Вступ.** Ацетилсаліцилову кислоту (АСК) широко застосовують у лікуванні осіб із кардіоваскулярною патологією для профілактики тромбозів та емболій як основних причин гострих серцево-судинних ускладнень. Здатність АСК знижувати ризик смерті, частоту виникнення ішемічного інсульту та інфаркту міокарда беззаперечно доведена у великих рандомізованих клінічних дослідженнях [6].

Разом з тим при прийомі НПЗП можуть уражатися будь-які відділи травного каналу – від стравоходу до прямої кишки, але найбільш частими та небезпечними виявляються ерозивно-виразкові пошкодження гастроуденальної зони та їх ускладнення (кровотечі, перфорації) [2, 7].

На сьогодні переглянуті погляди стосовно безпечності низьких доз АСК, які найчастіше використовують для профілактики кардіоваскулярних захворювань. Так, застосування кардіо-

протективних доз АСК підвищує ризик розвитку пептичних виразок: у дозі 75 мг у 2,3 раза, 150 мг – у 3,2 раза, 300 мг – у 3,9 раза [7]. Важливо, що при одночасному застосуванні низькодозових препаратів АСК та інших НПЗП спостерігається ефект сумачії, який вдвічі підвищує можливість утворення перфорацій і кровотеч [7]. Застосування вкритого кишковорозчинною оболонкою або буферизованого АСК не довело будь-якої переваги відносно зниження частоти виникнення гастроінтестинальних ускладнень [10].

Проявами уражень шлунка та ДПК при вживанні АСК є поява гострих, часто множинних, ерозій та/або виразок, відсутність симптомів чи незначна їх вираженість. У 70 % НПЗП-гастроуденопатії мають безсимптомний перебіг, часто спостерігаються кровотечі, перфорації. Основними ознаками НПЗП-гастропатії є ураження переважно антрального відділу шлунка, відсут-

© Є.Я. Склярів, Махер Мбаркі, 2015