

УДК 616.24-008.4:616.12-008.331.1

Л.В. Распутіна

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Проведено опитування 78 пацієнтів щодо наявності симптомів, характерних для ХОЗЛ. Усім хворим, що позитивно відповіли на питання анкети, а це 42 хворих (54,1 %), проведено комп'ютерну спірографію і постбронходилатаційний тест. Діагноз ХОЗЛ встановили у 11 пацієнтів (26,9 %). Серед них у 3 хворих (27,2 %) діагностовано ХОЗЛ I ступеня важкості, у 6 (54,5 %) – II ступеня та у 2 хворих (18,3 %) – III ступеня. Серед пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ в 1,59 раза був вищим ступінь задишки за шкалою mMRC на відміну від хворих без ХОЗЛ, в 1,87 раза більша кількість нападів стенокардії, в 1,57 раза більша потреба в нітрогліцерині. Нами вперше діагностовано ХОЗЛ у 11 хворих на ІХС. У хворих похилого віку слід приділяти більшу увагу деталізації задишки як симптому серцевої та легеневої недостатності, враховуючи вікові особливості та у разі недостатньої ефективності терапії ІХС.

Ключові слова: *хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, діагностика.*

Незважаючи на поступ сучасної медичної науки, проблема захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер: згідно даних ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі щороку помирає 17 млн пацієнтів [1, 2].

Одним із найбільш обтяжливих у функціональному, соціальному та економічному планах визнають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що посідає четверте місце серед причин смерті дорослого населення. Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків і жінок складає 9,3 та 7,3 %, серед курців – 26,2 та 23,7 % відповідно [3]. Слід зазначити, що ХОЗЛ має один із найнижчих рівнів діагностики не лише в нашій країні, а й у світі.

Останнім часом помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС до 60 % [4], особливо серед осіб старших вікових груп, що обумовлено рядом спільних чинників одночасного розвитку цих захворювань, таких як широка поширеність куріння, забруднення атмосфери різними політантами, стресогенні фактори, недостатня фізична активність, неправильне харчування. На долю ІХС і ХОЗЛ, як одних з найбільш розповсюджених хвороб, припадає 30 % усіх хронічних захворювань людства [5], а отже, у частки

хворих вони можуть протікати у поєднанні. Десятирічний ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих виявив, що у 51,7 % осіб з ХОЗЛ діагностували захворювання серцево-судинної системи, серед них найчастіше ІХС – у 28,9 %, серцеву недостатність – у 19,6 %, порушення ритму – у 12,6 %. Частота супутніх серцево-судинних захворювань збільшується з віком і має тісний зв'язок зі статтю, відмічається збільшення чоловіків, що мали поєднання ХОЗЛ та ІХС. При поєднаному перебігу ХОЗЛ та супутніх серцево-судинних захворювань зростає частота госпіталізацій протягом року з приводу будь-яких захворювань [6, 7].

У сучасній медицині проблема поєднаного перебігу ХОЗЛ та ІХС належить до найбільш актуальних у зв'язку з ростом захворюваності, важкістю ускладнень, а також тенденцією до підвищення смертності та стійкої втрати працездатності. Проблема діагностики та лікування поєднаної патології залишається актуальною. Переважання в клінічній картині симптоматики певного захворювання найчастіше служить причиною гіподіагностики супутньої патології. Відомо, що гіподіагностика ХОЗЛ та ІХС досягає 40 % [1, 8].

Метою дослідження було встановити поширеність ХОЗЛ серед хворих, що лікувались

у кардіологічному відділенні з приводу ІХС та не мали в анамнезі обструктивних захворювань органів дихання.

Матеріал і методи. Обстежено 78 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні міської лікарні № 1 м. Вінниці з приводу ІХС та не мали супутніх хронічних захворювань органів дихання. Середній вік обстежених – (64,2±1,8) року, серед них 56 (72,9 %) чоловіків, середній вік – (61,3±1,4) року, та 22 (27,1 %) жінки, середній вік – (69,2±2,4) року. Усі пацієнти були госпіталізовані: з приводу гострого коронарного синдрому – 27 пацієнтів (34 %), серцевої недостатності – 34 (43,5 %), стабільної стенокардії – 17 (21,8 %). Індекс маси тіла складав 28,9±4,2. Курців було 42 (54,2 %), індекс куріння – (14,7±4,7) пачко-років.

Більшість обстежених [58 (75 %)] були пенсіонерами, 50 (63,5 %) мали інвалідність. Серед супутніх захворювань найчастіше діагностували артеріальну гіпертензію – у 60 пацієнтів (77 %), інфаркт міокарда в анамнезі був у 51 хворого (65,4 %), порушення мозкового кровообігу/транзиторна ішемічна атака – у 14 (17,9 %), цукровий діабет – у 23 (29,1 %), захворювання опорно-рухового апарату – у 24 (31,3 %), захворювання шлунково-кишкового тракту – у 18 (23 %). І ФК серцевої недостатності за NYHA був у 3 (3,8 %) пацієнтів, II ФК – у 28 (35,64 %), III ФК – у 45 (58,0 %) та IV ФК – у 2 (2,56 %).

Клініко-функціональне обстеження включало збір скарг і анамнезу, фізикальне обстеження, опитування за оригінальною анкету, що створена на основі рекомендацій GOLD (2009 р.) для скринінгового обстеження пацієнтів з метою ранньої діагностики ХОЗЛ (табл. 1); оцінку ступеня задишки за шкалою mMRC; спірографію у хворих, що позитивно відповіли на питання анкети, проводили на комп'ютерному спірографі «MasterScopePC» (Erich Jaeger, ФРН), а також здійснювали постбронходилатаційний тест.

Отримані дані статистично обробили. Для визначення розходжень між групами застосували критерій Манна–Уїтні. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати. Усі обстежені відмічали задишку, 16 (20,8 %) – постійний кашель і наявність хрипів у грудях, 14 (18,8 %) – наявність харкотиння.

За результатами анкетування встановлено, що 42 (54,1 %) хворих відповіли позитивно на питання, що можуть бути характерними для ХОЗЛ. Слід зауважити, що не було жодного пацієнта, котрий би не відповів позитивно на одно або два питання, 21 (50,0 %) хворий позитивно відповів на всі 5 питань анкети, 16 (38,4 %) хворих позитивно відповіли на 4 питання, 5 (11,6 %) – на 3.

Пацієнтів, що мали $ОВФ_1/ФЖЄЛ < 70$ %, було 11 (26,9 %). Серед них у 3 (27,2 %) діагностовано ХОЗЛ I ступеня важкості (GOLD 1, $ОВФ_1 \geq 80$ % від належного), у 6 (54,5 %) – ХОЗЛ II ступеня важкості (GOLD 2, $50 \leq ОВФ_1 < 80$ % від належного), у 2 хворих (18,3 %) – ХОЗЛ III ступеня важкості (GOLD 3, $30 \leq ОВФ_1 < 50$ % від належного) відповідно до Наказу МОЗ України від 27 червня 2013 р. № 555 і GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases), updated 2011 [9]. Отже, нами встановлено, що серед хворих, що лікувалися в кардіологічному відділенні з приводу ІХС, у 11 діагностовано ХОЗЛ, причому у 8 – ХОЗЛ помірного та важкого ступеня, що потребують лікування.

Проаналізовано особливості клінічного перебігу в двох групах хворих: I група – 11 хворих, середній вік (65,6±3,4) року, серед них 7 (63,6 %) чоловіків та (36,4 %) жінки, у котрих діагностовано ХОЗЛ, та II група – 31 пацієнт, середній вік (62,3±4,2) року, серед них 23 (75,7 %) чоловіки та 9 (24,3 %) жінок, у котрих не виявлено ХОЗЛ. Серед пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ в 1,59 раза був вищим ступінь задишки за шкалою mMCR на відміну від хворих без ХОЗЛ, відповідно $3,67 \pm 0,2$ та $2,3 \pm 0,1$, $p < 0,05$.

Таблиця 1. Оригінальна анкета, створена на основі рекомендацій GOLD для діагностики ХОЗЛ

Вас турбує постійний кашель по декілька разів на добу?	Так (+)	Ні (-)
Ви щоденно відкашлюєте харкотиння?	+	-
У Вас задишка розвивається швидше, ніж у Ваших однолітків?	+	-
Ваш вік більше 40 років?	+	-
Ви палите чи палили раніше?	+	-

Також аналіз показав, що серед пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ 9 (81,1 %) вказували на напади стенокардії на відміну від пацієнтів без діагностованого ХОЗЛ – 28 (75,7 %). Було встановлено, що у хворих з діагностованим ХОЗЛ відмічалась в 1,87 раза більша кількість нападів стенокардії на відміну від пацієнтів на ІХС без підтвердженого діагнозу ХОЗЛ ($p=0,05$) та в 1,57 раза більша потреба в нітрогліцерині на відміну від пацієнтів без діагностованого ХОЗЛ, $p=0,03$ (табл. 2).

Таблиця 2. Порівняльна характеристика основних симптомів у хворих на ішемічну хворобу серця з діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень і без діагностованого, абс. ч. (%)

Показник	I група, хворі з діагностованим ХОЗЛ (n=11)	II група, хворі без діагностованого ХОЗЛ (n=31)
Кількість хворих, що мають напади стенокардії	9 (81,1)	28 (75,7)
Кількість нападів стенокардії за тиждень	5,2±0,56	2,8±0,76
Кількість таблеток нітрогліцерину за тиждень	3,3±0,9	2,2±0,8

Слід відмітити, що серед хворих I групи артеріальна гіпертензія була у 8 (72,7 %), тоді як в II групі – у 30 пацієнтів (81,1 %). Супутній цукровий діабет достовірно частіше діагностований у 9 (24,3 %) хворих II групи, на відміну від хворих I групи, де він був у 1 (9,1 %), $p=0,05$. Серед пацієнтів II групи у 27 (73 %) виявили в анамнезі інфаркт міокарда, тоді як серед хворих I групи – у 7 (63,6 %).

Аналізуючи інші клінічні дані, слід відмітити, що у хворих на ХОЗЛ достовірно більшою була середня ЧСС, а саме $85,6\pm 3,2$, на відміну від пацієнтів без діагностованого ХОЗЛ – $76,4\pm 4,1$. Отже, виявлено певні особливості клінічного перебігу за умови поєднаного перебігу ХОЗЛ та ІХС. Поєднання ХОЗЛ та ІХС супроводжується зростанням клінічних симптомів, а саме задишки та нападів стенокардії.

Ймовірно, взаємне обтяження перебігу та прогресування ІХС в поєднанні з ХОЗЛ зумовлено комбінацією декількох патогенетичних механізмів:

- зміною реологічних властивостей крові у вигляді підвищення в'язкості, що призводить до порушення легеневої та кардіальної мікроциркуляції;
- погіршенням стану вентиляційної функції, гемодинаміки та тканинної гіпоксії;

- формуванням вторинної АГ, що посилює навантаження на праві відділи серця, сприяючи підвищенню потреби міокарда в кисні;
- обмеженням фракції серцевого викиду та погіршенням ішемії міокарда обох шлуночків, що призводить до прогресування коронарної та легеневої недостатності.

Висновки

Проведений аналіз дозволяє виявити частину пацієнтів, що мають недіагностований ХОЗЛ, зокрема вперше діагностовано ХОЗЛ

у 11 хворих (26,9 %). Ці хворі лікувалися в кардіологічному відділенні з приводу ІХС та відмічали ряд суттєвих скарг, а саме задишку та болі в грудях, що, однак, не змусило лікарів додатково обстежити пацієнтів та пошукати інші причини посилення у них вказаних симптомів. У хворих похилого віку слід приділяти більшу увагу деталізації задишки як симптому серцевої та легеневої недостатності, враховуючи вікові особливості та у разі недостатньої ефективності терапії ІХС.

У той же час слід відмітити значення опитування та скринінгового анкетування, яке виявилось ефективним у 64,7 % випадках. Цей метод дозволяє проводити скринінг пацієнтів похилого віку для спірографічного дослідження з метою діагностики ХОЗЛ.

Перспективність дослідження: в загальній популяції зростає кількість пацієнтів, що мають коморбідні стани, серед яких найчастіше зустрічаються поєднання ХОЗЛ і серцево-судинних захворювань, особливо ІХС, що зумовлено як зростанням захворюваності на ХОЗЛ і ІХС, старінням населення планети, так і рядом соціо-економічних факторів. Отже, такі пацієнти складають особливу групу для курації, що потребує від лікаря глибоких і ґрунтовних знань етіології, патогенезу та лікування.

Література

1. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2008–2009 рр. [Електронний ресурс] / АМНУ, Центр медичної статистики МОЗ України, ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського». – К., 2008. – Режим доступу до табличних даних у форматі MSEXCEL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2008.xls>
2. Mannino D.M. Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study / D.M. Mannino, D.E. Doherty, A. Sonia Buist // *Respir. Med.* – 2006. – Vol. 100 (1). – P. 115–122.
3. Амосова К.М. Особливості діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Д.Ш. Січінава // *Укр. пульмонол. журн.* – 2009. – № 2. – С. 8.
4. Гребеник М.В. Інфаркт міокарда і хронічна бронхіальна обструкція: зміни стратегії лікування β-адреноблокаторами за останні 8 років (літературні співставлення і власний досвід) Повідомлення І. Клініко-гемодинамічні особливості гострого інфаркту міокарда у хворих із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень / М.В. Гребеник // *Ліки України.* – 2006. – № 106. – С. 102–105.
5. Barry J. Make. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Developing Comprehensive Management / Barry J. Make // *Respiratory Care.* – 2003. – Vol. 48, № 12. – P. 1225–1237.
6. Корж А.Н. Сердечно-сосудистая патология у больных хроническим обструктивным заболеванием легких / А.Н. Корж // *Международный медицинский журнал.* – 2008. – № 2. – С. 41–46.
7. Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Canada cardiovascular disease in COPD patients / S.M. Curkendall, C. Deluise, J. K. Jones [et al.] // *Ann. Epidemiol.* – 2006. – Vol. 16. – P. 63–70.
8. Huiart J. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD / I. Huiart, P. Erns, S. Suissa // *Chest.* – 2005. – № 128. – P. 2640–2646.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Updated 2011. – <http://www.goldcopd.com/Guide-lineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>. Accessed April 7, 2011

Л.В. Распутина

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Проведен опрос 78 пациентов относительно симптомов, характерных для ХОЗЛ. Всем больным, которые положительно ответили на вопросы анкеты, а это 42 больных (54,1 %), проведены компьютерная спирография и постбронходилатационный тест. Диагноз ХОЗЛ установили у 11 пациентов (26,9 %). Среди них у 3 больных (27,2 %) диагностирована ХОЗЛ I степени тяжести, у 6 (54,5 %) – II степени, у 2 больных (18,3 %) – III степени. Среди пациентов с диагностированным ХОЗЛ в 1,59 раза была выше степень одышки по шкале mMCR в отличие от больных без ХОЗЛ, в 1,87 раза больше количество приступов стенокардии и в 1,57 раза больше потребность в нитроглицерине. Нами впервые диагностировано ХОЗЛ у 11 больных ИБС. У пациентов пожилого возраста следует уделять больше внимания детализации одышки, как симптома сердечной и легочной недостаточности, учитывая возрастные особенности и в случае недостаточной эффективности терапии ИБС.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, диагностика.

L.V. Rasputina

DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

It was conducted a survey of 78 patients on the presence of symptoms characteristic coronary heart disease (COPD). All patients who responded positively to the questionnaire (42 patients (54.1 %) conducted computer spirometry and postbronchodilation test. The diagnosis of COPD is established in 11 patients (26.9 %). Among them 3 patients (27.2 %) were diagnosed I COPD severity, in 6 patients (54.5 %) – II COPD severity, in 2 patients (18.3 %) – third degree. Among COPD patients diagnosed COPD was 1.59 times higher degree of dyspnea on a scale mMCR in contrast to patients without COPD; to 1.87 times the number of strokes, in 1.57 times the need for nitroglycerin. We diagnosed COPD in 11 patients with coronary artery disease for the first time. In elderly patients should pay more attention to detail shortness of breath as a symptom of cardiac and pulmonary disease, including age-related characteristics and in case of insufficient treatment efficacy of coronary artery disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery disease, diagnosis.

Поступила 05.05.14