

К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Д. Ш. Січінава
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ
СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Метою даної роботи стала порівняльна оцінка діагностичної цінності неінвазивних методів діагностики ІХС у хворих із ХОЗЛ та оцінка впливу лікування метопрололом хворих на ІХС в сполученні з ХОЗЛ різного ступеня виразності на кардіогемодинаміку, функціональний стан серцево-судинної системи та стан бронхіальної прохідності.

Обстежено 92 хворих віком від 48 до 72 років, 22 із них хворіли на хронічні форми ІХС і 70 на ХОЗЛ. Хворі мали стабільну стенокардію напруження І–ІІ ФК, ХСН І–ІІА стадії із збереженою систолічною функцією ЛШ. Для діагностики ХОЗЛ, крім клінічних даних, застосовували дослідження ФЗД. Наявність і виразність змін функції легень оцінювали згідно класифікації, затвердженої МОЗ України наказом № 128 від 12.03.07. Обстежено 32 практично здорові особи віком від 42 до 55, у тому числі 19 (59 %) чоловіків та 13 (41 %) жінок, які складали контрольну групу.

Всім хворим для діагностики ІХС використовували, крім клінічних методів і ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, ЕхоКГ, дані тредміл-тесту, холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ), стрес-ЕхоКГ з добутамінном, а також визначення кальцію у коронарних артеріях за допомогою МСКТ.

В результаті комплексного обстеження склались 3 групи хворих для подальшого дослідження та аналізу результатів: 1 група — 22 хворих на хронічні форми ІХС, 2 група — 38 хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ і 3 група — 32 хворих з ХОЗЛ без супутньої ІХС.

За результатами МСКТ середній вміст кальцію в коронарних артеріях у хворих з ІХС в поєднанні з ХОЗЛ був підвищений у порівнянні з контрольною групою і вірогідно не відрізнявся від такого у хворих на ізолювану ІХС ($p > 0,05$), в той час як у хворих на ізолюваний ХОЗЛ цей показник був значно нижче від показників хворих 1-ї та 2-ї груп ($p < 0,05$).

За даними тредміл-тесту він був позитивним у 25 (65,7 %) хворих з ІХС в поєднанні з ХОЗЛ та у 20 (90,9 %) з ізолюваною ІХС ($p > 0,05$ між цими групами), тобто у всіх цих хворих відмічалась депресія сегмента $ST > 1$ мм за ішемічним типом. Слід відмітити, що частота псевдонегативного результату тредміл-тесту у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ була відносно невеликою і суттєво не відрізнялась від такої у хворих з “чистою” ІХС — 7 (18,4 %) і 3 (13,6 %) ($p > 0,05$) і була значно меншою, ніж у хворих на ізолюваний ХОЗЛ ($p < 0,05$). У 1 (2,6 %) хворого 2-ї групи розвилася мінуча блокада правої ніжки пучка Гіса з появою депресії сегмента $ST > 1$ мм за ішемічним типом. У 2 (9,1 %) хворих в 1-ій групі та 12 (31,5 %) хворих в 2-ій групі ($p > 0,05$) ішемічні зміни на ЕКГ не супроводжувалися нападом стенокардії. Погранична потужність навантаження була низькою у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ, та склала $(7,8 \pm 0,3)$ МЕТ, і була суттєво нижче, ніж у хворих контрольної групи $(9,6 \pm 0,4)$ МЕТ, $p < 0,001$ та в групі з ізолюваною ІХС $(8,9 \pm 0,4)$ МЕТ, $p < 0,05$. Тривалість навантаження у хворих з поєднаною патологією так само була вірогідно нижче, ніж у здорових $(6,9 \pm 0,3)$ хв., проти $(8,9 \pm 0,3)$ хв. ($p < 0,001$), проте суттєво не відрізнялась від такої в 1-ій групі та 3-ій групі ($p > 0,05$). В цілому у хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ чутливість тредміл-тесту склала 78,1 %, а специфічність — 93,1 %,

прогностична значимість — 84,3 %, що співпадає з даними літератури.

При ХМ ЕКГ ішемія спостерігалася у 18 (81,8 %) хворих у 1-ій групі, значно рідше у 22 (57,8 %) хворих — 2-ї групі ($p < 0,05$). В нашому дослідженні чутливість ХМ ЕКГ була значно меншою — 57,8 % та специфічність — 96,8 %, прогностична значимість — 76,5 %.

При проведенні стрес-ЕхоКГ з добутамінном позитивна проба спостерігалася у 21 (95,4 %) хворих у групі ІХС, та у всіх хворих з поєднаною патологією. Неінформативна проба була у 1 (4,5 %) хворого 1-ої групи та 2 (6,3 %) хворих 3-ої групи і у всіх пацієнтів була пов'язана з виникненням позасерцевих побічних ефектів добутаміну: головний біль, запаморочення, нудота, посилення задишки, які легко усувались при припиненні проби і введення метопрололу. Після аналізу регіональної скоротності міокарду ЛШ, було виявлено вірогідно частіше сполучення поєднання ішемічних змін на ЕКГ та порушення регіональної скоротності в групі хворих на хронічну ІХС з супутнім ХОЗЛ, ніж у хворих на “чисту” ІХС. При цьому середня доза добутаміну у цій групі при позитивній стрес-ЕхоКГ була значно менша, ніж в 1-й ($p < 0,05$), що можливо пов'язано з більш ранньою появою ішемії внаслідок гіпоксії за рахунок ХОЗЛ.

Лікування хворих метопрололом не призвело до виникнення бронхообструктивних ускладнень. Зменшення частоти нападів стенокардії спостерігалось у 38 пацієнтів. При цьому у 11 хворих стенокардія зменшилась на 1 ФК, а у 4 напади повністю припинились. Суттєво знизилась також середні величини САТ та ДАТ. В ході лікування в жодній групі суттєво не змінились показники систолічної функції ЛШ, КДІ, УІ, а також по-казники систолічної функції ПШ, СТЛА, дистанція 6-ти хвилинної ходи і SpO_2 у спокої та після навантаження. На тлі лікування метопрололом відзначено погіршення окремих показників — $МОШ_{75}$ та ПОШ при ХОЗЛ ІV стадії. У хворих 1-ої та 2-ої груп (II та III стадії ХОЗЛ) показники бронхообструкції під впливом метопрололу не погіршились.

ВИСНОВКИ

1. Наявність супутнього ХОЗЛ у хворих на хронічні форми ІХС приводить до зниження толерантності до фізичного навантаження за даними тредміл-тесту і більш частого виявлення безбольової ішемії за даними ХМ ЕКГ (на 26,3 %).

2. Для хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ характерне більш виражене порушення регіональної скоротливості міокарду ЛШ (на 50,6 %), яке виявляли при меншій у 39,8 % дозі добутаміну.

3. Тривала (протягом 6 місяців) терапія хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ II–III стадії з включенням метопрололу 25–100 мг (в середній дозі $94,3$ мг/доб) сприяє зменшенню стенокардії на 1 ФК у 28,9 % хворих і супроводжується зменшенням частоти серцевих скорочень (до 61,3 на 1 хв), не викликає змін показників систолічної функції шлуночків серця, величини ЛГ, дистанції 6-хвилинної ходи, SpO_2 у спокої та після навантаження, не погіршує показників ФЗД. У хворих на ІХС в сполученні з ХОЗЛ ІV стадії подібне лікування призводить до зниження $МОШ_{75}$ (на 19,1 %), ПОШ (16,1 %), та СІ в спокої (на 27,6 %) за рахунок негативного хронотропного ефекту.