

**О. О. Крахмалова, О. А. Гетман, О. М. Колеснікова, Ю. Є. Харченко, А. Ю. Токарева**  
**КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ТА ІХС У ХВОРИХ**  
**З РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХОЗЛ**

*ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України» м. Харків*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з основних причин захворюваності і смертності у всьому світі. Наукові дослідження останніх років змінили погляди на ХОЗЛ як патологію виключно бронхолегеневу. Найчастіше при ХОЗЛ також страждає серцево-судинна система. Вивчення особливостей перебігу коморбідних захворювань, а саме ХОЗЛ та ішемічної хвороби серця (ІХС) з позицій визначення фенотипу ХОЗЛ є дуже актуальним. Насамперед, це сприятиме оптимізації лікувальних заходів у цих пацієнтів, покращенню якості їхнього життя за рахунок своєчасно призначених реабілітаційних програм та профілактики.

**Мета роботи** — визначити анамнестичні та клініко-функціональні особливості перебігу ХОЗЛ та ІХС у хворих з частими та нечастими загостреннями ХОЗЛ.

#### **Матеріали та методи дослідження**

За темою дослідження скриновано 31 хворого на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС для виявлення того чи іншого фенотипу ХОЗЛ:

19 чоловіків та 12 жінок, середній вік яких становив (64,45 ± 10,16) років. Для досягнення поставленої мети, пацієнти були розподілені на дві групи. Перша група (група А) — пацієнти з ХОЗЛ та ІХС, у яких був виявлений фенотип з частими загостреннями ХОЗЛ. Друга група (група В) — пацієнти з ХОЗЛ та ІХС без частих загострень. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, пульсоксиметрія, визначення ступеня ендотелій-залежної вазодилатації, розрахований індекс BODE (Body mass index, Obstruction, Dyspnea, Exercise), визначення загального аналізу крові, ліпідного спектру.

#### **Результати**

При комплексній оцінці ХОЗЛ з урахуванням симптомів і ризику загострень до групи А увійшли 0 пацієнтів, до групи В — 15 хворих, С — 2 хворих і D — 14 хворих на стабільне ХОЗЛ та ІХС, таким чином найбільш часто зустрічалися пацієнти груп В і D. Хворі в групі з фенотипом ХОЗЛ з частими загостреннями в більшості випадків (56,3 %) мали ступінь тяжкості GOLD III,

тоді як з фенотипом ХОЗЛ з нечастими загостреннями ступінь бронхообструкції була нижче — GOLD II в 80 % випадків.  $\text{ОФВ}_1$  (об'єм форсованого видиху за першу секунду) в середньому по вибірці склав  $(56,7 \pm 2,3)$  % від належного.

Пацієнти, що мають більше загострень ХОЗЛ, страждають від більшого ступеню бронхообструкції, ніж ті, в кого загострень менше. Це може бути пов'язано насамперед з тим, що кожне нове загострення призводить до різкого падіння  $\text{ОФВ}_1$ , яке не відновлюється повністю після того, як загострення куповане. Відмінностей між порівнюваними групами по вихідним клініко-функціональним характеристикам не було, окрім того, що в групі з частими загостреннями толерантність до фізичного навантаження була значно нижчою, ніж в контрольній групі.

Встановлено пряму кореляційну залежність середньої сили між кількістю загострень ХОЗЛ і індексом BODE, що свідчить про більш високий ризик несприятливих кардіоваскулярних подій у цих пацієнтів. Дослідження продемонструвало достовірну різницю показників функції ендотелію у порівнюваних групах. Встановлено кореляцію даного параметра з абсолютним числом загострень, стажем куріння, функціональним класом серцевої недостатності за NYHA і динамікою  $\text{ОФВ}_1$ .

### Висновок

Більшість пацієнтів з ХОЗЛ та ІХС мають фенотип ХОЗЛ з частими загостреннями, виражену ендотеліальну дисфункцію, вищій ступінь задишки за шкалою Борга, більш високий ризик несприятливих кардіоваскулярних подій.