

**О. Б. Молодовець, М. М. Островський, Л. А. Баблюк, І. Я. Макоїда,
О. П. Мельник-Шеремета**

СТАБІЛЬНА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ: ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та стабільна ішемічна хвороба серця (СІХС) — найбільш поширені захворювання населення розвинених країн і складають більше 50 % в структурі смертності. Значною медико-соціальною проблемою в Україні є зростання чисельності хворих на туберкульоз легень (ТБ), у тому числі у поєднанні із ХОЗЛ. Показник захворюваності на туберкульоз залишається високим, попри його стабілізацію та зменшення рівня захворювання у 2015 р. (Ю. І. Фещенко 2017). Синхронний перебіг ХОЗЛ у хворих на ТБ та СІХС супроводжується синдромом «взаємного обтяження». Основними механізмами патогенезу синдрому «взаємного обтяження» у хворих із поєднаною патологією є зміни реологічних властивостей крові і підвищення гемостатичного та зниження фібринолітичного потенціалу крові, що сприяє порушенням мікроциркуляції в легенях та міокарді, вентиляційній, гемодинамічній, а пізніше — і тканинній гіпоксії. Проблема СІХС та ХОЗЛ у поєднанні з ТБ вивчена недостатньо. Так, дуже різняться дані щодо частоти поєднання СІХС та ХОЗЛ — від 13,2 % до 83,7 %. Утруднену діагностику СІХС у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ТБ пояснюють відсутністю чіткої кореляції між клінічною картиною ІХС та результатами інструментальних досліджень.

Мета роботи — вивчення чинників серцево-судинного ризику, особливостей перебігу СІХС в поєднанні з ХОЗЛ у хворих на ТБ та морфофункціонального стану міокарду у таких хворих на основі даних ретроспективного аналізу.

Матеріал та методи

Робота основана на ретроспективному аналізі історій хвороб 60 хворих, що знаходились на лікуванні у відділенні бактеріовиділювачів Івано-Франківського обласного фізіопульмоцентру з приводу туберкульозу легень поєданого з ХОЗЛ у період з 2013 по 2017 рік, у яких було діагностовано СІХС.

Контрольну групу ($n = 31$) склали хворі з СІХС без супутньої патології системи дихання, які лікувались у терапевтичному відділенні № 2 ЦМКЛ м. Івано-Франківська.

Результати та обговорення

Основною скаргою у пацієнтів із поєднаною серцево-легеневою патологією була задишка. У 40 пацієнтів (66,67 %) діагностовано порушення ритму і провідності, у тому числі — у 21 пацієнта (35,00 %) за типом фібриляції передсердь. Фібриляція передсердь у хворих з поєднаною патологією має несприятливий вплив на гемодинаміку. Вона призводить до легеневої гіперволеї та гіпертензії малого кола, погіршує функцію зовнішнього дихання. Для хворих на ТБ у поєднанні з ХОЗЛ та СІХС у порівнянні із хворими з ізольованою СІХС характерні збільшення порожнини правого шлуночка (на 12 %) та наявність в 43 % випадків легеневої гіпертензії, яка у 35 % хворих відповідає I ступеню. ЛГ корелює з ОФВ₁ та збільшенням порожнини лівого передсердя (на 4,1 %).

Систолічний тиск у легеневої артерії у хворих на ТБ у поєднанні ХОЗЛ та СІХС був відносно мало підвищений і склав ($32,5 \pm 1,05$) мм рт. ст. проти ($26,7 \pm 0,42$) мм рт. ст. у хворих з ізольованою СІХС ($p < 0,05$). Збільшення величини правого шлуночка (ПШ), очевидно, пов'язане із первинним ураженням міокарду ПШ, що спостерігається у хворих на ТБ із поєднанням ХОЗЛ та СІХС. Нами була виявлена зворотня кореляція між величиною ОФВ₁ та величиною порожнини ПШ ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Показник ФВ у хворих основної та контрольної групи не відрізнявся ($58,9 \pm 0,88$) та ($59,2 \pm 0,76$); $p > 0,05$). Розмір порожнини лівого передсердя був достовірно вищий у хворих на ТБ із поєднанням ХОЗЛ та СІХС, значно перевищував норму, що, на нашу думку, можна пояснити хронічною гіпоксемією, що розвивається при ХОЗЛ та є причиною розвитку дистрофічних процесів у міокарді.