

*Юлдашева Г.Т.
Ассистент кафедры
факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан*

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Резюме. В настоящее время большое внимание отводится изучению при разнообразных патологических процессах различных растворимых форм адгезивных молекул, относящихся к новому классу иммунорегуляторных микрочастиц. Необходимо отметить, что сведения об участии в патогенезе ХОБЛ и ИБС этих молекулярных форм единичны и разноречивы. Кроме того, при сочетании ХОБЛ и ИБС, стенокардии напряжения II, III функциональных классов (ФК) отсутствуют комплексные клинические исследования, посвященные взаимосвязям процессов ремоделирования миокарда с биомаркерами воспалительного процесса, включая молекулы клеточной адгезии и адгезии сосудистых стенок, а также провоспалительных цитокинов и липидного профиля.

Ключевые слова: сердечно-сосудистой заболеваемости, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), клубочковой фильтрации (СКФ), артериального давления (АД).

*Yuldasheva G.T.
Department assistant
faculty therapy
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan*

SPECIFIC FEATURES OF HEART REMODELING IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Summary. At present, much attention is paid to the study of various soluble forms of adhesive molecules belonging to a new class of immunoregulatory microparticles in various pathological processes. It should be noted that information about the participation of these molecular forms in the pathogenesis of COPD and IHD is sporadic and contradictory. In addition, with the combination of COPD and IHD, exertional angina pectoris II, III functional classes (FC), there are no complex clinical studies devoted to the relationship of myocardial remodeling processes with biomarkers of the inflammatory process, including molecules of cell adhesion and adhesion of vascular walls, as well as pro-inflammatory cytokines and lipid profile ...

Key words: cardiovascular morbidity, left ventricular hypertrophy (LVH), glomerular filtration rate (GFR), blood pressure (BP).

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких - одна из главных причин заболеваемости и летальности и занимает 4-е место в общей популяции. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) у пациентов с ХОБЛ выявляются приблизительно в 50%. Повышенный риск сердечнососудистых осложнений у пациентов с ХОБЛ, по мнению ряда исследователей, обусловлен наличием системного воспаления у данных пациентов. Известно, что маркерами системного воспаления как при ХОБЛ, так и при атеросклерозе являются увеличение концентраций воспалительных медиаторов, в том числе С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а), интерлейкина-4, интерлейкина-6. В настоящее время большое внимание отводится изучению при разнообразных

патологических процессах различных растворимых форм адгезивных молекул, относящихся к новому классу иммунорегуляторных микрочастиц. Необходимо отметить, что сведения об участии в патогенезе ХОБЛ и ИБС этих молекулярных форм единичны и разноречивы. Кроме того, при сочетании ХОБЛ и ИБС, стенокардии напряжения II, III функциональных классов (ФК) отсутствуют комплексные клинические исследования, посвященные взаимосвязям процессов ремоделирования миокарда с биомаркерами воспалительного процесса, включая молекулы клеточной адгезии и адгезии сосудистых стенок, а также провоспалительных цитокинов и липидного профиля.

Цель исследования: оптимизация диагностики ремоделирования миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II, III функциональных классов с учетом структурных и функциональных особенностей.

Материалы и методы исследования. Критерии включения: пациенты с ХОБЛ II-IV спирометрических стадий, пациенты с ИБС, стенокардией напряжения II, III функциональных классов, пациенты с сочетанием ХОБЛ II-IV спирометрических стадий и ИБС, стенокардией напряжения II, III функциональных классов. Критерии исключения: декомпенсированное хроническое легочное сердце, персистирующие нарушения ритма (фибрилляция предсердий, трепетание предсердий), пневмония, нестабильная стенокардия, острый и перенесенный инфаркт миокарда, ХСН II-III стадий.

Результаты исследования. В зависимости от наличия сопутствующей ИБС были выделены следующие группы пациентов: 1-ая - с ХОБЛ без сопутствующей ИБС (n=56); 2-ая - с ХОБЛ + ИБС (n=31), причем у 5 человек из этой группы имела место стенокардия напряжения II ФК и у 26 человек - стенокардия напряжения III ФК. В 3-ю группу вошли пациенты с ИБС (n=36), преимущественно со стенокардией напряжения III ФК. В группу

контроля вошли клинически здоровые лица, у которых отсутствовали нарушения спирометрических показателей и ЭКГ, сопоставимые с обследуемыми пациентами по полу и возрасту (30 человек, средний возраст $52 \pm 1,2$ года, из них мужчин - 19, женщин - 8). ИБС была диагностирована специалистом -кардиологом на основании результатов холтеровского мониторирования ЭКГ, выполненного в период настоящей или предыдущих госпитализаций; у 37% - ранее выполненной коронарографией. Пациентам в группах ХОБЛ+ИБС, ИБС была назначена кардиотропная терапия (и-АПФ, блокаторы Са-каналов, антиагреганты, нитраты, статины), селективные бета-адреноблокаторы (в группе ИБС). Пациенты из групп ХОБЛ+ИБС и ХОБЛ поступали в стационар с обострением респираторного заболевания и получали стандартную терапию купирования обострения ХОБЛ: небулизированные бронхолитики короткого действия и/или пролонгированного действия (м-холинолитики, (32 -агонисты); небулизированные формы ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС); му-колитики, а также системные глюкокортикостероиды (сГКС) коротким курсом (5-10 дней). При признаках инфекционного обострения ХОБЛ пациентам дополнительно назначались антибиотики эмпирически. Все пациенты были обследованы дважды: в периоде обострения ХОБЛ, в первые 1-3 дня после поступления в отделение (I период) и в фазе индукции ремиссии ХОБЛ, через 8-12 дней, перед выпиской (II период). Критерии индукции ремиссии: уменьшение выраженности одышки (ЧДДП20 в мин; индекс одышки по шкале < 2), $SpO_2 > 92\%$, уменьшение выраженности бронхообструктивного синдрома (физикально, увеличение ОФВ1 /ПСВ на 100 мл и более), ЧСС $[< 90$ в мин (клинически, ЭКГ).

Вывод. Были использованы общеклинические и специальные методы исследования. Диагностика ХОБЛ осуществлялась согласно клиническим рекомендациям [GOLD, 2012], а тяжесть течения устанавливалась по результатам спирографии с учетом значения ОФВ1 и снижения индекса ОФВ1/ФЖЕЛ меньше 70%. Степень дыхательной недостаточности (ДН)

определяли по данным пульсоксиметрии. Выраженность одышки оценивалась по шкале Medical Research Council (mMRC). ИКЧ рассчитывали по формуле: ИКЧ (пачек/лет) = количество выкуренных в сутки сигарет x стаж курения (годы) / 20. ИКЧ > 10 - достоверный фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких. На автоматическом («Eton - 01») пневмотахометре исследовали функцию внешнего дыхания (ФВД). На аппарате «APOGEE -SX» выполнялась доплероэхокардиография (доплероэхо-КГ) с применением датчика с частотой 3,5 мГц. Оценивали конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический (КДР) размеры, толщину задней стенки левого желудочка (ЛЖ) в систолу (ТЗСЛЖс) и диастолу (ТЗСЛЖд), толщину межжелудочковой перегородки в систолу (ТМЖПс) и диастолу (ТМЖПд), толщину передней стенки сердца (ТПС). При соотношении Е/А < 1,0 определялся гипертрофический тип, при Е/А > 2 - псевдонормальный тип диастолической дисфункции. Определяли фракцию изгнания (ФИ). Величину СДЛА > 30 мм.рт.ст. считали маркером легочной гипертензии.

Литература

1. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. Форум. Ишемическая болезнь сердца 2000; № 1: с. 2–5.
2. Гайрабекова Ф.Р. Динамика тропонина Т в сыворотке крови у пациентов с ишемической болезнью сердца до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, М.А. Чичкова // Современные наукоемкие технологии. - 2012. - №5. - С. 5-7.
3. Гайрабекова Ф.Р. Динамика острофазового ответа как диагностический маркер синдрома «малых повреждений миокарда» до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, Ю.М. Чичков // Сердечно-сосудистые заболевания. -2013. - Том 14. - №6. - С. 283.
4. Атеросклероз. Вторичная профилактика атеротромбоза после хирургического лечения ИБС. Учебно-методическое пособие/ М.А. Чичкова,

Ф.Р. Гайрабекова, В.Н. Мещеряков, Е.А. Белова. - Астрахань: Издательство «Астраханская государственная медицинская академия», 2012. - 216с.

5. Akarasereenont P., Nuamchit T., Thaworn A. et al. Serum nitric oxide levels in patients with coronary artery disease. J. Med. Assoc. Thai. 2001; 84 (suppl. 3): S730 – S739.

6. Чазов Е.И. Проблема лечения больных ишемической болезнью сердца. Терапевтический архив 2009: № 9: с. 5–9.

7. Метелица В.И. Новое в лечении хронической ишемической болезни сердца., М., 1999, 209 стр.