

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців  
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ  
2005

<b>В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець</b> НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ .....	3
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

<b>М.А.Карлійчук</b> ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА .....	11
<b>М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	14
<b>О.П.Кучук, Г.Д.Ловля</b> ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ .....	18
<b>О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А .....	23
<b>О.В.Пішак, Г.І.Арич</b> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ .....	26
<b>І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк</b> ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ .....	30
<b>О.С.Полянська</b> РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	34
<b>О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ.....	37
<b>О.С. Полянська, Т.В.Куртян</b> МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ.....	42
<b>І.Ю.Полянський</b> ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....	49

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ**

**О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська**

Кафедра реабілітації, лікувальної фізкультури, спортивної  
медицини, фізичного виховання і здоров'я  
(зав. – проф. О.С. Полянська)

Буковинського державного медичного університету

Ішемічна хвороба серця (ІХС) і хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) – найбільш розповсюджені захворювання дорослого населення економічно розвинутих країн і складають понад 50% у структурі смертності. Помітно зросла кількість хворих з поєднаним перебігом хронічних захворювань органів дихання та ІХС у хворих старших вікових груп – 61,7% [2, 6].

ХОЗЛ та ІХС зустрічаються однаково часто і починаються приблизно в одному віці. Їх зближують такі чинники ризику, як паління, вік пацієнтів, окремі ланки патогенезу, які призводять до розвитку як коронарної, так і серцево-легеневої недостатності [5]. Окремі автори вважають, що ХОЗЛ прискорюють розвиток атеросклерозу, інші вказують на протилежне. Бережницький М.Н. та співавт. [1] підтвердили дані щодо меншої ймовірності розвитку атеросклеротичного ураження судин великого кола кровообігу у пацієнтів із захворюваннями легень. При цьому атеросклероз аорти виявляли частіше, рідше коронарних судин, де він є меншим як за поширеністю, так і за ступенем вираженості. При ХОЗЛ утворюється дисбаланс між забезпеченням тканин киснем та потребою в ньому, відбувається перебудова енергетичного метаболізму, виникає особливий режим функціонування міокарда. Міокард не отримує достатньої кількості кисню як за рахунок справжньої коронарної ішемії міокарда, так і в результаті дихальної недостатності (ДН).

Прогресування та взаємне обтяження ІХС з ХОЗЛ обумовлене поєднанням окремих патогенетичних ланок: 1) зміна реологічних властивостей крові за типом синдрому гіперкоагуляції, наслідком чого є порушення легеневої та міокардіальної мікроциркуляції; 2) стан вентиляційної, гемодинамічної, а в подальшому і тканинної гіпоксії; 3) формування вторинної артеріальної гіпертензії, яка посилює навантаження на праві відділи серця, що призводить до зростання потреби міокарда в кисні; 4) зменшення фракції викиду та зростання ішемії міокарда обох шлуночків, що сприяє прогресуванню коронарної і легеневої недостатності [5].

Свірідов А.А. та співавт. [8] на основі проведених досліджень зробили висновки про те, що у хворих з поєднаною патологією при переважанні ХОЗЛ має місце вентиляційна недостатність обструктивного типу, яка супроводжується вираженою гіпоксемією, гіперкапнією і формуванням вторинної легеневої гіпертензії з подальшим розвитком діастолічної та систолічної дисфункції правого шлуночка. У випадку переважання ІХС виникає синдром гіперкоагуляції, що супроводжується систолічною та діастолічною дисфункцією обох шлуночків з розвитком помірної легеневої гіпертензії та змінами газового складу крові.

За умов дефіциту кисню енергетичний метаболізм міокарда перебудовується, зменшується швидкість утилізації глюкози і поглинання вільних жирних кислот. При цьому окиснення останніх відбувається не повною мірою, що призводить до зростання вмісту ацетил-КоА та неестерифікованих жирних кислот. Відбувається вихід лактату з клітини, накопичення іонів  $H^+$  і продуктів перекисного окиснення ліпідів, розвивається ацидоз та порушення проникливості клітинних мембран. Ці патологічні метаболічні процеси викликають електричну нестабільність міокарда та аритмії серця [3, 4, 8, 9].

Особливістю клінічного перебігу даної поєднаної патології є тривала гіперфункція серця, що супроводжується зростанням хвилинного об'єму кисню, розвитком гіпертрофії, дилатації та ремоделювання серця. Крім того, тривале перевантаження інтактних відділів серця супроводжується порушенням мікроциркуляції, підвищеною чутливістю серця до впливу катехоламінів та інших біологічно активних речовин.

Зміни, що виникають при ІХС, супроводжуються значними розладами з боку бронхолегеневого апарату. Їх суть полягає в тому, що по мірі розвитку лівошлуночкової недостатності і застою крові в легенях зростають об'єм крові у малому колі кровообігу, об'єм екстраваскулярної рідини в легенях, розвиваються легенева гіпертензія, набряк слизової оболонки бронхів, відмічається підвищена секреція бронхіальних залоз, порушується бронхіальна прохідність і дифузійна здатність легень. У зв'язку з цим виникає задуха, кашель, хрипи в легенях, а при дослідженні функції зовнішнього дихання виявляються зміни показників загальної ємності легень, функціональної залишкової ємності, бронхіальної прохідності, вентиляційно-перфузійних взаємовідносин. Виникнення розладів ФЗД у хворих ІХС безпосередньо пов'язане із збільшенням тонуусу бронхіальної мускулатури, що, з одного боку, за прогресування легеневого застою призводить до порушення бронхіальної прохідності, а з іншого – протидіє стисненню дрібних бронхів ззовні, їх закриттю у відносно ранню фазу видиха і подальшому прогресуванню дихальних розладів.

Однак не завжди існує пряма залежність між клінічними проявами ІХС і порушеннями ФЗД. Низка досліджень [4, 5, 7] показує, що порушення функції легень існують задовго до перших клінічних проявів серцевої недостатності, тобто на ранніх стадіях захворювання. Разом з тим, деякі вчені вважають, що ІХС у хворих бронхіальною астмою і хронічним обструктивним бронхітом часто перебігає атипово у вигляді безбольових форм – 84,4% випадків [1, 7].

Манцурова А.В. та співавт. [7] вивчали наявність безбольової ішемії міокарда (БІМ) при ХОЗЛ. У хворих ХОЗЛ без БІМ виявляли помірний ступінь легеневої гіпертензії при збереженій систолічній функції лівого шлуночка на фоні помірної бронхообструкції та артеріальної гіпоксемії. У хворих ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, крім перерахованих змін гемодинаміки, ФЗД і газового складу крові, мало місце достовірне зниження параметрів діастолічної функції лівого шлуночка, зростання гіпоксемії на фоні посилення бронхообструкції, виражені зміни ФЗД за обструктивним типом з одночасним зменшенням систолічної функції лівого та правого шлуночків.

При поєднанні ІХС з хронічним бронхітом спостерігається швидкий розвиток серцевої недостатності та формування рефрактерності до лікування, а прогресуванню дистрофії міокарда значною мірою сприяє артеріальна легенева гіпертензія [10].

Для виявлення латентної форми ІХС у хворих з ХОЗЛ велоергометрія має обмежене використання у зв'язку з наявністю ДН. Кращі результати дає черезстравохідна електрокардіостимуляція, але найбільш доцільним є використання холтерівського моніторування електрокардіограми, що дозволяє виявити аритмії серця, наявність БІМ.

Невирішеним залишається питання лікування хворих з поєднаною патологією ІХС та ХОЗЛ. Даній проблемі будуть присвячені наші наступні дослідження.

**Література.** 1. Бережницький М.Н., Киселева А.Ф., Бигарь В.П. и др. Хроническое легочное сердце. – К.: Здоров'я. – 1991. – 152 с. 2. Берчун Н.В. Патогенетичні підходи до лікування ішемічної хвороби серця з супутнім хронічним обструктивним бронхітом // Нові напрямки профілактики та лікування ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії: Матер. об'єдн. пленуму правління Укр. наук. товариства 26-28 вересня 2001 р. – Київ, 2001. – С. 33-34. 3. Козачок М.М., Селюк М.М. Оцінка безпечності застосування  $\beta$ 1-кардіоселективного адrenoблокатора небівололу у хворих із серцево-судинними порушеннями та супутньою патологією бронхолегеневої системи // Серце і судини. – 2004. – №2. – С. 104-108. 4. Козлова Л.И., Айсанов З.Р., Чучалин А.Г. В чем опасность длительного применения  $\beta$  – блокаторов у больных ИБС с сопутствующей ХОБЛ? // Тер. архив. – Т. 7, №3. – 2005. – С.18-23. 5. Козлова Л.И., Бузунов Р.В., Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких у больных ИБС: 15-летнее наблюдение // Тер. архив. – 2001. – №3. – С. 27-32. 6. Лутай М.И., Лысенко А.Ф. Вторичная профилактика и медикаментозное лечение больных с ишемической болезнью сердца. Можно ли изменить прогноз? // Укр. кардіол. журн. – 2004. – №3. – С.9-21. 7. Манцурова А.В, Свиридов А.А., Гринева З.О., Зодионченко В.С. Медикаментозная коррекция безболевого ишемии миокарда у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Росс. кардіол. журн. – 2000. – №3. – С. 8-11. 8. Свиридов А.Л., Гирихиди В.П., Зодионченко В.С. и др. Особенности легочной вентиляции, гемореологии и гемодинамики у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких в сочетании с ИБС // Пульмонология. – 1999. – №3. – С. 9-13. 9. Хасина М.А., Двинская С.А., Белоглазова С.И. Конденсат паров выдыхаемого воздуха в оценке

степени нарушения метаболизма бронхолегочной системы при неспецифических заболеваниях легких // Клиническая лабораторная диагностика. – 2004. – №5. – С. 15-20. 10. Фомина И.Г., Георгадзе З.О., Ишина Т.И. и др. Состояние инотропной функции миокарда у больных хроническими обструктивными болезнями легких по данным бивентрикулярной равновесной вентрикулографии // Клиническая медицина. – 2004. – №6. – С. 42-46.