

УДК 616.233-002.2:616.12-005.4

DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.2

Д.В. Діденко

ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. У статті наведені результати діагностики хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) серед хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), що не мали обструктивних захворювань дихальних шляхів в анамнезі. Проведено прицільне обстеження 133 пацієнтів із застосуванням оригінальної анкети, створеної на основі рекомендацій GOLD, спірографія з бронходилатаційним тестом, анкетування за шкалою

медичної дослідницької ради (мМДР) та тестом з оцінки ХОЗЛ (ГОХ). Встановлено, що 36 (27 %) пацієнтів, середній вік ($62 \pm 1,9$) років мають недиагностований ХОЗЛ, з них 9 (25 %) пацієнтів входять до групи А, 17 (47,2 %) – до групи В, 2 (5,6 %) – до групи С та 8 (22,2 %) – до групи D.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, діагностика, спірографія.

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) належить до найбільш поширених захворювань внутрішньої медицини як у світі, так і в Україні. За статистикою американської асоціації серця 2016 року, у США 15,5 млн. осіб віком старше 20 років мають ІХС, і незважаючи на те, що в США рівень смертності від ІХС знизився за останні десятиріччя, дана патологія залишається причиною третини всіх смертей осіб віком понад 35 років [6]. За офіційною статистикою поширеність усіх форм ІХС серед дорослого населення України становить 24 %, серед осіб працездатного віку – близько 10 %, переважну більшість становлять пацієнти зі стабільними формами ІХС. Але визначення дійсної поширеності стабільної ІХС має певні труднощі через мультисимптомність захворювання та недостатнє застосування інтервенційних методів обстеження. Згідно з наказом МОЗ України № 152 від 02.03.2016 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця» до стабільної ІХС належать: стабільна стенокардія, кардіосклероз та безбольова форма ІХС. Діагноз стабільної ІХС встановлюється за результатами коронарографії (КВГ), за наявності перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) або втручань по реваскуляризації міокарда [1].

Водночас серед осіб старше 40 років значно зростає поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Дана патологія є четвертою причиною смертності у світі та посідає 5-те місце серед причин втрати працездатності [8]. Поширеність ХОЗЛ в Україні становить 2969,1 на 100 тис. дорослого населення, тобто 2,9 % [2]. Станом на 2010 р. в Україні було зареєстровано 420083 випадки ХОЗЛ [2]. Європейські дані свідчать про поширеність ХОЗЛ на рівні 10 % серед осіб старше 40 років та значне зростання поширеності (до 20 %) серед осіб віком понад 70 років [5, 11]. У рамках дослідження "Burden of Obstructive Lung Disease" (BOLD) встановлено поширеність ХОЗЛ у випадковій вибірці серед осіб старше 40 років. Зокрема, в

Ісландії з 755 обстежених у 18 % осіб діагностовано ХОЗЛ, з них у 9 % – 2-го ступеня та вище [13]. Дослідження, проведене в Німеччині, показало, що з 683 осіб у 13,2 % діагностовано ХОЗЛ, у тому числі тяжкий – у 0,8 % [14].

У клінічній практиці найбільш складну та важку групу пацієнтів становлять особи з коморбідною патологією. До найпоширеніших коморбідних станів належить ІХС та ХОЗЛ, що зумовлено рядом спільних етіологічних та патогенетичних чинників. Серед хворих на ІХС пацієнти з супутнім ХОЗЛ трапляються частіше, ніж у загальній популяції. Зокрема відомо, що в 13-35 % хворих на ІХС діагностують ХОЗЛ [3, 9, 10].

До ключових проблем діагностики ХОЗЛ у пацієнтів ІХС належить проблема гіподіагностики, що зумовлено спільністю клінічних симптомів [4, 12, 15, 16]. Відомо, що серед 133 пацієнтів з ІХС після черешкірних коронарних втручань (ЧКВ), яким була проведена прицільна діагностика ХОЗЛ, у 24,8 % діагностовано ХОЗЛ, причому 30,3 % мали ХОЗЛ легкого ступеня, 57,6 % – середнього ступеня тяжкості та 12,1 % – тяжкого ступеня [16]. У цілому відомо, що гіподіагностика ХОЗЛ різних ступенів тяжкості у хворих на ІХС сягає 81,8 %, а ХОЗЛ легкого ступеня – 100 %. [16]. Отже, проблема гіподіагностики ХОЗЛ у хворих на ІХС є актуальною та складною медичною проблемою. Впровадження сучасних критеріїв та алгоритмів дозволить підвищити інформативність діагностики обструктивних неспецифічних захворювань органів дихання у хворих на ІХС.

Мета дослідження. Підвищити інформативність діагностики ХОЗЛ у хворих на стабільну ІХС шляхом впровадження скринінгового та клініко-функціонального обстеження.

Матеріал і методи. Проведено проспективне обстеження 133 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні міської лікарні з приводу стабільної ІХС та не мали обструктивних захворювань органів дихання в анамнезі. Критеріями включення були: вік понад 40 років, синусовий ритм, ІХС підтверджено результатами КВГ або даними анамнезу

щодо перенесеного Q- ІМ. Критерії виключення: гострий ІМ <6 місяців тому; гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) або транзиторна ішемічна атака (ТІА) <6 місяців; аортокоронарне шунтування (АКШ) або ЧКВ <6 місяців; оперативні втручання <6 місяців; хронічні захворювання в стадії декомпенсації; гострі інфекційні захворювання; лихоманка нез'ясованого генезу, інфекційний ендокардит; міокардит, перикардит, стенокардія напруги ІV функціонального класу; серцева недостатність ІІБ-ІІІ стадії, ІV функціонального класу (ФК) за NYHA.

До групи обстеження увійшли 133 пацієнти, середній вік (61,6±1,02) років, чоловіків було 109 (81,9 %), жінок – 24 (18,1 %). Діагноз ІХС верифікований результатами КВГ у 78 (58,6 %) пацієнтів, даними анамнезу щодо перенесеного Q-ІМ у 105 (78,9 %) пацієнтів, оперативні втручання щодо ревааскуляризації міокарда в анамнезі відзначали 57 (42,9 %) пацієнтів, у тому числі стентування коронарних артерій (КА) – 42 (31,6 %) пацієнти, АКШ – 15 (11,3 %) пацієнтів. На паління вказали 78 (58,6 %) хворих, індекс паління серед курців (24,5±2,9) пачко/років. Обтяжений професійний анамнез мали 33 (24,8 %) пацієнти, а саме робота на будівництві, контакт з пилом, лако-фарбовими матеріалами, робота в гарячому цеху (табл. 1).

Ініціально всіх хворих проанкетовано за оригінальною анкетною, створеною на основі рекомендацій GOLD 2015 для діагностики ХОЗЛ (табл. 2).

Якщо пацієнт відповів позитивно хоча б на одне запитання анкети, на наступному етапі була проведена комп'ютерна спірографія з бронходилатаційним тестом із використанням 400 мкг салбутамолу (апарат Master Score ST) та проведено опитування за модифікованою анкетною оцінки задишки медичної дослідницької ради (ММДР) та тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) для визначення клінічної групи ХОЗЛ, що регламентовано наказом МОЗ України №555 від 27.05.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» [2].

Статистична обробка даних виконана з використанням пакета статистичних програм STATISTICA 10.0 та Microsoft Excel. Достовірність різниці величин розрахована непараметричним методом за критерієм χ^2 Пірсона, U-тестом Манна-Уїтні та за t-критерієм Стьюдента при порівнянні середніх величин.

Результати дослідження та їх обговорення.

У результаті анкетування встановлено, що позитивні відповіді на запитання анкети відзначили всі 133 хворих із стабільною ІХС. Серед опитаних пацієнтів 3 (2,3 %) дали позитивну відповідь лише на 1 питання, 50 (37,6 %) хворих – на 2 питання, 58 (43,6 %) хворих – на 3 питання, 17 (12,8 %) хворих – на 4 питання та 5 (3,7 %) хворих – на всі 5 питань анкети відповідно (рис.1). Варто відмітити, що 80 (60,1 %) проанкетованих позитивно відповіли на 3 та більше запитань, отже, мають клінічні симптоми, характерні для ХОЗЛ.

Всім пацієнтам виконано спірометрію з бронходилатаційним тестом. За результатами спірометрії ХОЗЛ діагностовано у 36 (27%) пацієнтів.

Таблиця 1

Характеристика обстежених

Показник	Результат
Кількість пацієнтів	133
Середній вік, років	61,6±1,02
Чоловіки, абс., (%)	109 (81,9 %)
Жінки, абс., (%)	24 (18,1 %)
Післяінфарктний кардіосклероз, абс., (%)	105 (78,9 %)
Стабільна стенокардія напруги ІІ ФК, абс., (%)	48 (36,1 %)
Стабільна стенокардія напруги ІІІ ФК, абс., (%)	85 (63,4 %)
Коронарографія в анамнезі (КВГ), абс., (%)	78 (58,6 %)
Стентування КА, абс., (%)	42 (31,6 %)
АКШ, абс., (%)	15 (11,3 %)
Гіпертонічна хвороба, абс., (%)	116 (87,2 %)
Серцева недостатність І ФК, абс., (%)	5 (3,8 %)
Серцева недостатність ІІ ФК, абс., (%)	103 (77,4 %)
Серцева недостатність ІІІ ФК, абс., (%)	25 (18,8 %)
Цукровий діабет (ЦД), абс., (%)	20 (15,1 %)
Ожиріння, абс., (%)	55 (41,3 %)
Паління, абс., (%)	78 (58,6 %)
Обтяжений професійний анамнез, абс., (%)	33 (24,8 %)
Обтяжений спадковий анамнез з приводу ХОЗЛ, абс., (%)	5 (3,7 %)
Обтяжений спадковий анамнез з приводу ІХС, абс., (%)	26 (19,5 %)

Таблиця 2

Анкета для діагностики хронічного обструктивного захворювання легень

Вас турбує постійний кашель по декілька разів на добу?	Так	Ні
Ви щоденно відкашлюєте мокротиння?	Так	Ні
У Вас задишка розвивається швидше, ніж у Ваших однолітків?	Так	Ні
Ваш вік більше 40 років?	Так	Ні
Ви палите чи палили раніше?	Так	Ні

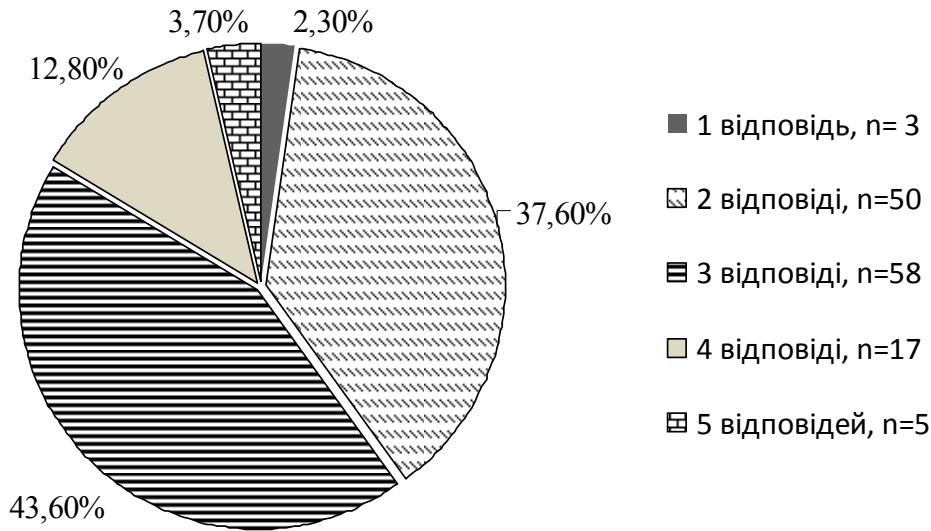


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за кількістю позитивних відповідей на запитання анкети для скринінгу обструктивних захворювань органів дихання

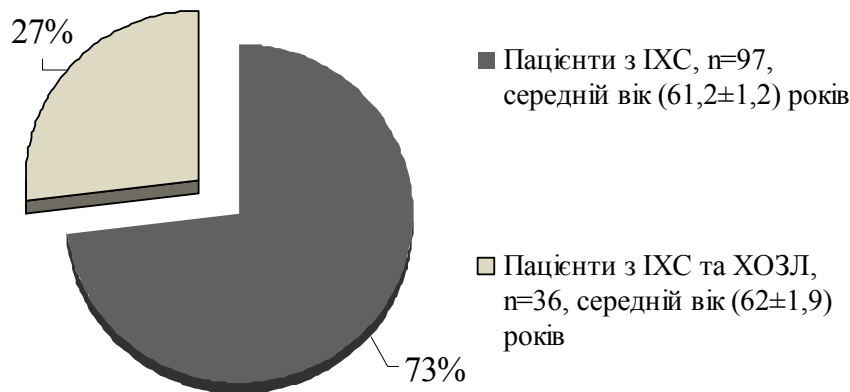


Рис. 2. Частота виявлення хронічного обструктивного захворювання легень серед хворих на стабільну ішемічну хворобу серця

ентів із стабільною ІХС, середній вік (62±1,9) років (рис. 2). Привертає увагу, що у всіх пацієнтів, які дали 4 або 5 позитивних відповідей на запитання анкети, після дослідження функції зовнішнього дихання діагностовано ХОЗЛ, що свідчить про можливість використання даної анкети для відбору пацієнтів з ІХС, яким доцільно проводити спірометрію для своєчасної діагностики ХОЗЛ.

Нами проведено аналіз двох груп пацієнтів. До I групи увійшли 36 хворих на ІХС та супутнім

ХОЗЛ, до II групи – 97 хворих на ІХС без діагностованого ХОЗЛ. Хоча пацієнти обох груп були одного віку, відзначається тенденція до більш частого виявлення ХОЗЛ серед чоловіків (91,7 % та 78,4 % відповідно, p=0,07), що мали більш тяжкий функціональний клас стенокардії (69,4 % та 61,9 %, p=0,12), достовірно частіше після АКШ (22,2 % та 7,2 %, p=0,04) та мали СН III ФК (30,6 % та 14,5 %, p=0,03). Встановлення СН III ФК у даній категорії хворих може бути пояснено

Таблиця 3

Порівняльна характеристика пацієнтів з ішемічною хворобою серця та супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень і пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Характеристика	I група пацієнти з ІХС та ХОЗЛ, n=36	II група пацієнти з ІХС, n=97
Середній вік, роки	62±1,9	61,2±1,2
Чоловіки, абс., (%)	33 (91,7 %)	76 (78,4 %)
Жінки, абс., (%)	3 (8,3 %)	21 (21,6 %)
Післяінфарктний кардіосклероз, абс., (%)	26 (72,2 %)	79 (81,4 %)
Стенокардія II ФК, абс., (%)	11 (30,5 %)	37 (38,1 %)
Стенокардія III ФК, абс., (%)	25 (69,4 %)*	60 (61,9 %)*
Коронарографія	17 (47,2 %)	61 (62,9 %)
Стентування КА, абс., (%)	8 (22,2 %)	34 (35 %)
АКШ, абс., (%)	8 (22,2 %)*	7 (7,2 %)*
Гіпертонічна хвороба, абс., (%)	32 (88,9 %)	84 (86,6 %)
Серцева недостатність I ФК, абс., (%)	0	5 (5,1 %)
Серцева недостатність II ФК, абс., (%)	25 (69,4 %)	78 (80,4 %)
Серцева недостатність III ФК, абс., (%)	11 (30,6 %)	14 (14,5 %)
Цукровий діабет, абс., (%)	9 (25 %)	11 (11,3 %)
Ожиріння, абс., (%)	17 (47,2 %)	38 (39,2 %)
Паління, абс., (%)	27 (75 %)	51 (52,6 %)

Примітка. * – різниця між групами достовірна, $p < 0,05$, розрахунок проведений із використанням критерію χ^2 Персона

недооцінкою симптомів ХОЗЛ, оскільки задишка оцінювалась лікарями як ознака СН. Серед пацієнтів I групи порівняно з II групою спостерігалась тенденція до більшої частоти інших супутніх захворювань, а саме гіпертонічної хвороби (ГХ) (88,9 % та 86,6 % відповідно, $p=0,22$), цукрового діабету (ЦД) (25 % та 11,3 %, $p=0,06$), ожиріння (47,2 % та 39,2 %, $p=0,08$) (табл. 3).

Після проведення опитування за анкетами мМДР та ТОХ не встановлено достовірної різниці ступеня задишки між групами пацієнтів з ІХС та пацієнтами з ІХС та ХОЗЛ. За анкетною визначення ступеня тяжкості задишки показник у групі ІХС та ХОЗЛ склав $1,9 \pm 0,21$ бала, серед хворих на ІХС без супутнього ХОЗЛ – $1,8 \pm 0,12$ бала відповідно, що свідчить про неефективність опитування пацієнтів з поєднанням ІХС та ХОЗЛ для діагностики обструктивних захворювань та про подібність клінічних симптомів, а саме задишки, що значно ускладнює діагностичний пошук у даної категорії пацієнтів та спонукає до створення алгоритму відбору хворих на ІХС для діагностики ХОЗЛ.

Пацієнти з ІХС та вперше діагностованим ХОЗЛ були розподілені за клінічними групами ХОЗЛ. Серед 36 пацієнтів зі стабільною ІХС та ХОЗЛ 9 (25 %) хворих увійшли в групу А, тобто пацієнти з малосимптомним перебігом та низьким ризиком ускладнень, 17 (47,2%) хворих – у групу В, тобто пацієнти мали багато симптомів ХОЗЛ та низький ризик ускладнень, 2 (5,6 %) пацієнти – у групу С, що мають мало симптомів та високий ризик ускладнень, 8 (22,2 %) пацієнтів

склали групу D, отже мали багато клінічних симптомів ХОЗЛ та високий ризик ускладнень. Таким чином, 10 (27,8 %) пацієнтів потребують застосування базисної терапії, що здатно суттєво зменшити симптоми захворювання та покращити якість життя хворих. Пацієнти, що увійшли в групи А та В, корекції факторів ризику, а саме відмови від паління та терапії за потребою.

Висновки

1. Серед пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця, що не мали в анамнезі обструктивних захворювань органів дихання, у 36 (27 %) діагностовано хронічне обструктивне захворювання легень після прицільної діагностики.

2. Серед хворих на ішемічну хворобу серця та хронічне обструктивне захворювання легень у 26 (72,2 %) пацієнтів діагностовано хронічне обструктивне захворювання легень груп А та В, що мають низький рівень розвитку несприятливих подій, у 10 (27,8 %) – груп С та D, що асоційовані з високим ризиком несприятливих подій та потребують призначення базисної терапії.

3. У групі хворих із недиагностованим раніше хронічним обструктивним захворюванням легень переважають чоловіки (91,7 %), що палять (75 %) та мають інші супутні захворювання – гіпертонічну хворобу (88,9 %), ожиріння (47,2 %), цукровий діабет (25 %).

Перспективи подальших розробок. На нашу думку, для контингенту хворих на ІХС необхідно впровадження алгоритмів ранньої діагностики ХОЗЛ, що забезпечить своєчасне призна-

чення лікування, знизить темпи прогресування захворювання та покращить якість життя пацієнтів.

Література

1. Наказ МОЗ України №152 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця» від 02.03.2016 [Електронний ресурс] / http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160302_0152.html
2. Наказ МОЗ України № 555 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень" від 27.06.2013 [Електронний ресурс] / http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html
3. Распространенность и значимость хронической обструктивной болезни легких у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / О.М. Поликутна [и др.] // Клини. мед. – 2013. – Т. 91, № 4. – С. 24-28.
4. Comorbidities and short-term prognosis in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD: the EPOC en Servicios de medicina interna (ESMI) study / P. Almagro, F.J. Cabrera, J. Diez / Chest. – 2012. – Vol. 142 (5). – P. 1126-1133.
5. Coronary artery disease concomitant with chronic obstructive pulmonary disease / S. Roversi [et al.] // Eur. J. Clin. Invest. – 2014. – Vol. 44 (1). – P. 93-102.
6. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome / FabianSanchis-Gomar [et al.] // Ann. Transl. Med. – 2016. – Vol. 4 (13). – P. 256-260.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2015) // Electronic Resources: www.goldcopd.com
8. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2095-2128.
9. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on morbidity and mortality after myocardial infarction / P. Andell, S. Kou, A. Martinsson [et al.] // Open Heart. – 2014. – Vol. 1(1). – Published online 2014 Feb 3.
10. Impact of COPD on long-term outcome after ST-segment elevation myocardial infarction receiving primary percutaneous coronary intervention / G. Campo, P. Guastaroba, A. Marzocchi / Chest. – 2013 – Vol. 144 (3). – P. 750-757.
11. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study / A. Buist [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 1. – P. 741-750.
12. Moore T. The Prevalence of COPD in Individuals with Acute Coronary Syndrome: A Spirometry-Based Screening Study / T. Moore, N. Stenfors // COPD. – 2014. – Vol. 21. – P. 453-461.
13. Prevalence of COPD in Iceland – the BOLD study / B. Benediktsdóttir [et al.] // Laeknabladid. – 2007. – Vol. 93 (6). – P. 471-477.
14. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany. Results of the BOLD study / H. Geldmacher [et al.] // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2008. – Vol. 133 (50). – P. 2609-2614.
15. Undiagnosed airflow limitation in patients at cardiovascular risk / E. Bérard [et al.] // Arch. Cardiovasc. Dis. – 2011. – Vol. 04 (12). – P. 619-626.
16. Underdiagnosis and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease after percutaneous coronary intervention a prospective study / P. Almagro, A. Lapuente, J. Pareja [et al.] // International J. of COPD. – 2015. – Vol. 10. – P. 1353-1361.

ДІАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Д.В. Диденко

Резюме. В статье приведены результаты диагностики хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые не имели обструктивных болезней дыхательных путей в анамнезе. Проведено обследование 133 пациентов с использованием оригинальной анкеты, созданной на основе рекомендаций GOLD, спирография с бронходилатационным тестом и анкетирование по модифицированному опроснику для оценки выраженности одышки (mMDR) и выраженности симптомов ХОЗЛ (CAT). Установлено, что 36 (27 %) пациентов, средний возраст (62±1,9) лет имеют недиагностированное ХОЗЛ, из них 9 (25 %) пациентов входят в группу А, 17 (47,2 %) – в группу В, 2 (5,6 %) – в группу С и 8 (22,2 %) – в группу D.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, диагностика, спирография.

DIAGNOSING CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

D.V. Didenko

Abstract. The article reports the results of diagnostics of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among inpatients with ischemic heart disease (IHD), who had not suffered from wheezing illnesses before. We examined 133 patients by using an original questionnaire, which had been made up in accordance with GOLD, spirometry with bronchodilation test and questioning by means of a modified questionnaire mMDR to assess breathlessness severity as well as the symptoms COPD assessment test (CAT). 36 patients (27 %) aged (62±1,9) on the average, were found to have undiagnosed COPD. By the severity of COPD all patients were divided into: group A – 9 (25 %) people, group B – 17 (47,2 %) people, group C – 2 (5,6 %) people and group D – 8 (22,2 %) people.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, diagnostics, spirometry.

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnitsya)

Рецензент – проф. О.І. Волошин

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 1. – P. 8-12

Надійшла до редакції 22.02.2017 року