

ОЦЕНКА ДВУХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Меньшикова И.Г., Сундукова Е.А., Лоскутова Н.В., Складар И.В., Ишутина Т.С., Котова Л.М.

Амурская государственная медицинская академия, кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Благовещенск

С целью оценки двухлетней выживаемости и определения клинико-anamnestических, инструментальных критериев, достоверно влияющих на течение заболевания и прогноз жизни, была исследована когорта дожития 58 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной декомпенсированным хроническим легочным сердцем (ХЛС). На момент обследования средний возраст больных составил $67,3 \pm 0,80$ лет. Длительность заболевания равнялась $24,6 \pm 0,57$ лет, средняя длительность отеков в анамнезе – $1,6 \pm 0,22$ лет. Курильщиками являлись 52 больных (89,6%) со стажем курения $29,1 \pm 1,75$ лет и интенсивностью курения $20,9 \pm 1,49$ пачек/лет, при этом 17 пациентов (29,3%) курили более 30 лет. Избыточная масса тела наблюдалась у 18 больных (31,0%), ожирением страдали 3 больных (5,2%), индекс массы тела (ИМТ) в среднем был $24,4 \pm 0,41$ кг/м². Дефицита массы тела у больных не отмечалось. Распределение больных по степени тяжести ХОБЛ представлено следующим образом: тяжелая степень – 32 больных (55,2%), крайнетяжелая – 26 больных (44,8%). Показатели функции внешнего дыхания характеризовались снижением объема форсированного выдоха до $39,1 \pm 0,85\%$ ($p < 0,001$). Парциальное давление кислорода в артериальной крови (pO_2) составило $65,1 \pm 1,19$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), парциальное давление углекислого газа в артериальной крови (pCO_2) – $44,6 \pm 0,92$ мм рт.ст.; $p < 0,001$, pH крови было $7,34 \pm 0,007$ ($p < 0,001$). Гемодинамические показатели свидетельствуют о нарушении как систолической, так и диастолической функции правого желудочка (ПЖ): КДО ПЖ – $167,9 \pm 2,57$ мл ($p < 0,001$), КСО ПЖ – $109,4 \pm 2,70$ мл ($p < 0,001$), ФВ ПЖ – $35,3 \pm 1,04\%$ ($p < 0,001$), Е ПЖ – $0,43 \pm 0,003$ м/с ($p < 0,001$), Е/А – $1,06 \pm 0,004$ ($p < 0,001$). Систолическое давление в легочной артерии равнялось $48,4 \pm 0,45$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Гипертрофия миокарда правого желудочка установлена в 62,1% случаев, толщина ПЖ составила в среднем $0,61 \pm 0,02$ см ($p < 0,001$); КДР ПЖ был $3,0 \pm 0,04$ см ($p < 0,001$).

За 24 месяца наблюдения умерло 14 больных (24,1% включенных в выборку). Причиной смерти явилась прогрессирующая хроническая легочно-сердечная недостаточность. Двухлетняя выживаемость составила $0,87 \pm 0,04$ (95% доверительный интервал – $0,83-0,91$). С помощью непараметрического U-теста Манна-Уитни на различие показателей в группах выживших и умерших больных ХОБЛ были выделены переменные, прогностически значимые для летального исхода и влияющие на двухлетнюю выживаемость больных ХОБЛ, осложненной декомпенсированным ХЛС (переменные расположены в порядке уменьшения информативности): объем форсированного выдоха за секунду, pO_2 , ИМТ, СИ ПЖ, ФВ ПЖ, КДР ПЖ, функциональный класс хронической сердечной недостаточности, pCO_2 , КДО ПЖ. Установлено, что выявление у больных ХОБЛ IV функционального класса хронической сердечной недостаточности является важным независимым предиктором, повышающим смертность. Следует отметить, что на стадии прогрессирования недостаточности кровообращения диастолическая дисфункция изолированное действие на показатель выживаемости больных ХОБЛ с ХЛС не оказывала. Не установлено независимого изолированного влияния факта курения на функцию выживаемости больных ХОБЛ на данной стадии, что можно объяснить преобладанием курящих с длительным стажем курения и высоким индексом курящего человека в группах как выживших, так и умерших больных. Также не выявлено изолированного влияния обострений ХОБЛ на прогноз выживаемости, однако в обеих группах преобладали больные с частыми обострениями бронхолегочной инфекции, что нивелирует различия по показателю в сравниваемых группах.

Таким образом, проведенный анализ когорты дожития позволил выявить и количественно оценить прогностические критерии летального исхода при ХОБЛ на стадии формирования декомпенсированного ХЛС с целью динамического наблюдения за данными больными и разработке возможных путей коррекции измененных клинико-функциональных показателей.