

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА СТАДИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

Меньшикова И.Г., Сундукова Е.А., Скляр И.В., Лоскутова Н.В., Коваленко Ю.В., Котова Л.М., Орлова Т.С.

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

С целью изучения двухлетней выживаемости и выявления клинико-функциональных показателей, достоверно влияющих на прогноз жизни при формировании правожелудочковой недостаточности, была изучена когорта дожития 58 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной декомпенсированным хроническим легочным сердцем (ХЛС) на протяжении двух лет. Комплексное ультразвуковое исследование внутрисердечной гемодинамики проводили на аппарате "Aloka SSD-650" с доплеровской приставкой "Aloka SSD-650B" (Aloka Co. Ltd., Япония) в М-, В- и доплеровском режимах. Определение объемов правого желудочка осуществляли по методике R.A. Levine et al. (1984). Рассчитывали конечно-диастолический (КДО ПЖ) и конечно-систолический объемы (КСО ПЖ), сердечный индекс (СИ ПЖ), фракцию выброса ПЖ (ФВ ПЖ). Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) регистрировали по методике M. Isobe et al. (1986). Выживаемость больных анализировали Kaplan-Meier product-limit method. Выделение переменных, прогностически значимых для летального исхода, проводили с помощью Mann-Whitney U-test на различие показателей в группах умерших и выживших больных. За 24 месяца наблюдения умерло 14 больных (24,1% включенных в выборку). Причиной смерти всех больных ХОБЛ с декомпенсированным ХЛС явилась прогрессирующая хроническая легочно-сердечная недостаточность. Двухлетняя выживаемость составила $0,87 \pm 0,04$ (95% доверительный интервал – 0,83-0,91). В группе умерших больных 50% порог выживаемости составил 15,75 месяцев с момента первичного их обследования (соответственно 25^й и 75^й перцентили – 11,0 и 18,7 месяцев). Средний возраст выживших пациентов был $66,8 \pm 0,95$ лет, а умерших – $68,8 \pm 1,42$ лет ($p=0,29$). Отмечена тенденция к снижению выживаемости при увеличении длительности ХОБЛ ($p=0,033$). Установлено, что выявление у больных ХОБЛ IV функционального класса хронической сердечной недостаточности является важным независимым предиктором, повышающим смертность ($p=0,028$). Независимого изолированного влияния факта курения на функцию выживаемости больных ХОБЛ с декомпенсированным ХЛС в исследовании не получено, что объясняется доминированием курящих с длительным стажем курения и высоким индексом курящего человека в обеих группах больных. Изолированного влияния обострений на прогноз выживаемости не выявлено ($p=0,38$). Установлены достоверные различия между показателем индексы массы тела (ИМТ) в группах сравнения ($p=0,005$), что подтверждает связь между снижением массы тела и повышением риска смерти. Из спирографических показателей большую прогностическую ценность выявляет переменная «объем форсированного выдоха за 1 секунду» ($p<0,001$). Ухудшение прогноза при декомпенсированном ХЛС может быть обусловлено и увеличением гиперкапнии и гипоксемии: умершие больные характеризовались достоверно более высокими показателями парциального давления углекислого газа (pCO_2) и низким уровнем парциального давления кислорода (pO_2) в артериализованной крови (соответственно $p<0,05$ и $p<0,001$) в сравнении с группой выживших больных. Группы сравнения достоверно различались прогнозом выживаемости по предикторам функционального состояния правого желудочка (ПЖ): КДО ПЖ ($p<0,05$), СИ ПЖ ($p<0,05$), ФВ ПЖ ($p<0,05$). Прослеживалась достоверная связь между конечно-диастолическим размером (КДР ПЖ) и двухлетней выживаемостью ($p<0,05$). Достоверной связи между степенью гипертрофии миокарда ПЖ и возникновением летального исхода не установлено ($p>0,05$), однако толщина стенки ПЖ в группе умерших больных была больше, чем в группе выживших больных.

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить и количественно оценить прогностические критерии летального исхода при декомпенсированном ХЛС у больных ХОБЛ, что актуально для разработки возможных путей коррекции измененных клинико-функциональных показателей при динамическом наблюдении за данными больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2007. Т. 9. № 12.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2006. Т. 8. № 12.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2005. Т. 7. № 12.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2004. Т. 6. № 12.

13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2003. Т. 5. № 12.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2002. Т. 4. № 12.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2001. Т. 3. № 1.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2000. Т. 2. № 1.