

ВЛИЯНИЕ БРОНХОДИЛЯТОРОВ НА ДИНАМИКУ СРЕДНЕГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ФВД У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АНАМНЕЗЕ

И.Л. Шумакова, Н.И. Оболонкова, В.Ф. Каменев

*Белгородский областной противотуберкулезный диспансер,
кафедра внутренних болезней №2 БелГУ*

Хроническая обструктивная болезнь легких – одно из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. Характерной чертой ХОБЛ является неуклонно прогрессирующая бронхиальная обструкция. Туберкулез легких является заболеванием, предрасполагающим к развитию бронхиальной обструкции. Основными факторами, способствующими его возникновению, являются развитие мета- и посттуберкулезного пневмосклероза с нарушением архитектоники легочной ткани, деформацией бронхов, образованием бронхоэктазов, воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов с нарушением системы «местной» защиты.

Целью исследования было изучение влияния бронходилататоров (ингаляционные короткодействующие β_2 -агонисты и антихолинэргические препараты) на динамику среднего давления в легочной артерии и показатели ФВД у больных ХОБЛ, с туберкулезом легких в анамнезе.

Обследовано 56 больных ХОБЛ 2-3 стадии. Диагноз ставился на основании критериев программы GOLD и Федеральной программы по ХОБЛ. На первом этапе исследования из 76 больных ХОБЛ у 27 в анамнезе были различные формы туберкулеза легких (давность процесса составляла в среднем $16,7 \pm 3,8$ года). Именно эти пациенты были включены в дальнейшее исследование. Преобладали мужчины в возрасте от 44 до 76 лет. Из сопутствующих заболеваний у 19 человек были различные клинические варианты ИБС и гипертоническая болезнь.

Проводилось физикальное исследование, изучалась ФВД с бронходилатирующими тестами, ЭКГ, Допплеровская эхокардиография.

Спирометрия проведена на аппарате "SPIROSIFT SP-5000". Оценивались следующие параметры: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха в 1с (ОФВ₁), соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ – индекс Тифно, пиковая скорость выдоха (ПСВ), максимальная скорость выдоха 50 и 25 (МСВ₅₀, МСВ₂₅). Бронходилатационный тест проведен с салбутамолом, оценивались три воспроизводимые попытки согласно критериям Европейского респираторного общества.

Электрокардиограмма проводилась в 12 стандартных отведениях.

Допплеровская эхокардиограмма проводилась на аппарате "АЛОКА-1700". Определялись следующие параметры: среднее давление в легочной артерии (Р_{ла}), размер правого предсердия (ПП), размер правого желудочка (ПЖ), левое предсердие (ЛП), конечный диастолический объем левого желудочка (КДО), конечный систолический объем левого желудочка (КСО), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР), конечный систоли-

ческий размер левого желудочка (КСР), задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюденса.

При электрокардиографическом исследовании наиболее часто регистрировались гипертрофия ПП (53%), изменение электрической оси сердца (32%), блокада правой ножки пучка Гиса (26%). В 35% случаев регистрировались гипертрофия ЛЖ и синусовая тахикардия, что объясняется наличием сопутствующих заболеваний и имеющимся патологическим процессом.

При эхокардиографическом исследовании исходно определялось повышение среднего давления в легочной артерии до $36,3 \pm 2,1$ мм.рт.ст. Другие параметры ЭХО не имели существенных изменений. Через месяц регулярной комбинированной бронходилатационной терапии произошло снижение среднего $P_{\text{ла}}$ до $26,9 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). Определение среднего $P_{\text{ла}}$ через 6 месяцев лечения показало дальнейшее его снижение до $23,6 \pm 1,6$ ($p < 0,05$).

Исходные показатели ФВД свидетельствовали о выраженности бронхиальной обструкции. Через месяц регулярного приема ингаляционных бронходилататоров произошло значительное улучшение функциональных показателей: увеличение ОФВ₁ до $56,3 \pm 3,6\%$ от должного, ФЖЕЛ до $78,5 \pm 4,6\%$, ЖЕЛ до $69,8 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$, по сравнению с исходными величинами). Произошло и статистически достоверное увеличение таких показателей, как ПСВ до $60,0 \pm 3,1\%$. Через 6 месяцев постоянной терапии бронхолитиками сохранялось достигнутое улучшение функции внешнего дыхания. Соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ возрастает, но не достигает статистически значимых величин.

Полученные данные еще раз подчеркивают необходимость постоянно применения комбинированной ингаляционной бронходилатирующей терапии. Даже у лиц, ранее перенесших туберкулез, она оказывается достаточно эффективной, несмотря на возможное формирование необратимых изменений в легких, связанных с посттуберкулезным пневмофиброзом. У таких пациентов наблюдается более выраженная симптоматика ХОБЛ с большей частотой осложнений в виде дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца, что, в свою очередь, является причиной высокой инвалидизации и смертности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслова В.Г., Чиркина С.С., Макарова О.В. Реабилитация больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с ХНЗЛ. Проблемы туберкулеза. 1991; 4:26-28.
2. Старостенко Е.В., Селицкая Р.П., Салпагаров А.М. и др. Обоснование дифференцированного использования неспецифических патогенетических средств в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Пульмонология. 2001; 1:12-15.
3. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Лечение бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких. Пульмонология. 2005; 5:39-45.
4. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. М., 2004.