

a correlation analysis of the studied parameters on the example of the districts, opposite by the level of air pollution of the big industrial city. A district with extremely high level of air pollution substantially determines a significant increase in the prevalence of hypertrophy of the pharyngeal tonsil, that dictates the need of development of activities in primary and secondary prevention.

Key words: hypertrophy of the pharyngeal tonsils, epidemiological factor, prevalence.

Литература

1. Боброва С.В., Мельников М.Н., Терскова Н.В. Новый технологический подход к консервативному лечению хронического аденоидита у детей: учебно-методическое пособие. — Новосибир. гос. мед. ун-т. — Ярославль: ООО «РОЛС», 2008. — 21 с.
2. Борзов Е.В. Факторы риска развития аденоидных вегетаций у детей // Вестник оториноларингологии. — 2003. — № 2. — С. 22-23.
3. Гаращенко Т.И. Затруднённое носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения // Педиатрия. — 2008. — Т. 87, № 5. — С. 68-75.
4. Зарубин С.С. Клинико-эпидемиологические особенности хронической ЛОР-патологии у детей, посещающих дошкольные учреждения г. Архангельска // Российская оториноларингология. — 2007. — № 1. — С. 75-85.

5. Исакова О.П., Рымша М.А., Педцер В.В. Новое в лечении хронических аденоидитов у детей // Новые методы диагностики, лечения заболеваний и управления в медицине: материалы научно-практической конференции ГОКБ. — Новосибирск, 2000. — С. 289-290.

6. Фанта И.В. Эпидемиология ЛОР-заболеваемости в Санкт-Петербурге // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2000. — № 1. — С. 76-78.

Сведения об авторах

Терскова Наталья Викторовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк г. 1; тел. 8 (391) 2201548; e-mail: terskovanatasha@mail.ru.

Николаева Анна Игоревна — аспирант кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк г. 1; тел. 8 (391) 2201548; e-mail: annanikolaeva@mail.ru.

Вахрушев Сергей Геннадиевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ЛОР-болезней с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк г. 1; тел. 8 (391) 2201548; e-mail: vsq20061@yandex.ru.

Смбатян Арmine Смбатовна — ассистент кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк г. 1; тел. 8 (391) 2201548; e-mail: amar-88@mail.ru.

Вопросы практического здравоохранения



© КОЗЛОВ Е. В., ПОЛИКАРПОВ Л. С., ПЕТРОВА М. М., ДЕРЕВЯННЫХ Е. В.

УДК:616.12-008.331-055.1:[616.24-036.12+616.12-008.331.1]

СИСТЕМНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОМ СТВОЛЕ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Е. В. Козлов, Л. С. Поликарпов, М. М. Петрова, Е. В. Деревянных

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра пропедевтики внутренних болезней, и. о. зав. — к. м. н., доцент А. Г. Иванов.

Резюме. Обследовано 58 пациентов мужского пола (средний возраст — $64,4 \pm 9,6$ лет), страдающих ХОБЛ с артериальной гипертензией (АГ) и без нее, и 30 мужчин (средний возраст $61,2 \pm 5,3$ лет) с эссенциальной гипертензией, которые составили группу контроля. Методы исследования: клинический осмотр, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), антропометрия, спирометрия, ЭКГ, Эхо-КГ и др.

Показано, что при сочетании данных патологий достоверно чаще встречался прогностически неблагоприятный суточный профиль «night-peakers», по сравнению с группой контроля, страдающих эссенциальной гипертензией. Так же было выявлено, что у больных с ХОБЛ и АГ как на момент обострения основного заболевания, так и при стабилизации клинического состояния среднее давление в легочной артерии было выше нормы, что впоследствии приводит к структурно-функциональным изменениям сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слов : хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография.

Коморбидность – одна из особенностей современной клинической картины внутренних болезней, что является предметом конструктивного взаимодействия врачей различных специальностей.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и артериальная гипертензия (АГ) в развитых странах, среди взрослого населения, остаются наиболее распространенными заболеваниями [10]. Ряд авторов указывают на доминирующую тенденцию к развитию системной АГ у пациентов с ХОБЛ, частота возникновения которой у хронических пульмонологических больных варьирует от 0,4 до 76,3 % [1,3,5,7,13,14]. Увеличение частоты развития системной АГ у пациентов с обструктивными заболеваниями легких коррелирует с нарастанием легочной гипертензии [2,9], что позволяет предположить, что развитие системной и легочной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких имеет общие патогенетические механизмы. Подобная коморбидность имеет практическую значимость для врачей пульмонологического и кардиологического профиля.

Традиционный метод измерения артериального давления (АД) по тонам Н.С. Короткова, в связи с простотой и быстротой регистрации, остается незаменимым в клинических условиях, однако имеет ряд недостатков: сложность измерений АД во время сна, субъективность и большой разброс получаемых показателей, наличие гипертензивной реакции пациента на саму процедуру измерения [3]. Современным высокоинформативным методом, дающим важную информацию для комплексной оценки клинического состояния и эффективности проводимой терапии у больных АГ, признано суточное мониторирование артериального давления (СМАД) [11,12]. «Монотонный» суточный профиль АД с наличием ночной гипертензии свойственен различным вариантам симптоматической гипертензии, а также некоторым больным с эссенциальной гипертензией. Эта группа пациентов выделяется в настоящее время в группу повышенного риска развития гипертрофии миокарда левого желудочка, инсульта, инфаркта миокарда [8].

Ряд авторов изучали параметры СМАД у больных с ХОБЛ [6], но до настоящего времени в литературе нет единого мнения о направленности изменений и взаимосвязи между системным АД и давлением в легочной артерии у больных при коморбидности ХОБЛ и АГ, в связи с чем нами была поставлена цель: изучить взаимосвязь параметров СМАД и среднего давления в легочной артерии (СДЛА) у больных при коморбидности ХОБЛ и АГ.

Материалы и методы

Нами было ретроспективно обследовано 58 пациентов мужского пола (средний возраст – $65,07 \pm 1,23$ лет), страдающих ХОБЛ с АГ и без, и 30 мужчин (средний возраст – $64,21 \pm 1,32$ лет), $p > 0,05$ с эссенциальной гипертензией, которые составили группу контроля. Из анамнеза установлено, что у 20 больных ХОБЛ (средний возраст – $63,91 \pm 2,68$ лет) повышения АД не отмечалось, а 38 больных (средний возраст – $64,76 \pm 1,43$ лет) ХОБЛ страдали АГ, причем повышение АД обследуемые лица отмечали на фоне имеющихся

длительное время обструктивных нарушений легочной вентиляции. ХОБЛ диагностировали в соответствии с критериями GOLD (2009). Всем больным был проведен общий клинический осмотр, антропометрия по методу В.П. Чтецова (1978), спирометрия аппаратом Super spiго (Micro Medical Ltd, Великобритания), СМАД аппаратом МнСДП-2 (Россия) в течение 24 часов. Измерения АД начинали с 9-11 часов утра. Интервалы между измерениями в дневные часы составляли 15 мин, а в ночные 30 мин. Для количественной оценки использовались общепринятые величины: индекс времени, вариабельность АД, отдельно как для систолического, так и для диастолического АД в течение суток. Для оценки степени ночного снижения определялся суточный индекс АД (СИАД), а также величина и скорость утреннего подъема АД. При расчете степени нагрузки давлением оценивались следующие показатели: индекс времени (ИВ), в течение которого АД превышает нормальный уровень в отдельные временные интервалы (днем выше 140/90 мм рт. ст., ночью выше 120/80 мм рт. ст.), индекс измерений и индекс площади. При оценке вариабельности использовался упрощенный показатель стандартного отклонения от среднего значения. Определение среднего давления в легочной артерии (СДЛА) осуществлялось с помощью трансторакального ультразвукового исследования сердца эхокардиографом «Toshiba» (Япония). Обработка данных проводилась с помощью пакета компьютерных прикладных программ Statistica v. 6.0. Использовалась описательная статистика, непараметрические критерии значимости (критерий Манна-Уитни, критерий χ^2). Различия между изучаемыми параметрами признавали статистически значимым при $p < 0,05$. Данные представлены в виде Median (Percentile 25%; 75%).

Результаты и обсуждение

При обработке данных СМАД с сопоставлением индивидуального дневника пациента на момент госпитализации у всех лиц с ХОБЛ, не имеющих в анамнезе повышения АД, среднесуточные показатели находились в пределах нормы. У 14 больных ХОБЛ, из анамнеза которых выяснено, что повышение АД отмечается непродолжительное время от 1 года до 4 лет (в среднем – $2,83 \pm 1,18$ лет), зарегистрированы подъемы АД в дневные часы, связанные с усилением одышки во время умеренных физических нагрузок (прохождение расстояния более 100 метров или подъем на 1-2 лестничных пролета) и чувством страха от «нехватки воздуха», а также в ночные часы на фоне развития гипоксии, связанной с вентиляционной недостаточностью. У 24 обследуемых имелось стойкое умеренное повышение среднесуточных показателей, как по систолическому, так и по диастолическому АД на протяжении всего дня с резкими пиками подъемов за счет триггерных факторов, причем повышение АД из анамнеза отмечено в среднем в течение $10,88 \pm 3,03$ лет. В связи с чем, данная группа больных была разделена на пациентов с лабильной и стабильной АГ (табл. 1). Пациенты обеих групп регулярную гипотензивную терапию не получали, отмечался эпизодический прием гипотензивных препаратов.

Таблица 1

Средние значения АД (мм рт.ст.) при суточном мониторинге нии у обследуемых больных [Me (25%;75%)]

Показатели	Группа контроля (n=30)	ХОБЛ без АГ (n=20)	ХОБЛ и АГ (лабильная) (n=14)	ХОБЛ и АГ (стабильная) (n=24)
Группы	1	2	3	4
Среднее САД (день), мм рт.ст.	134,0 (136,0;143,0)	124,0 (123,0;126,0)	125,0 (123,0;129,0)	149,0 (142,0;153,0)
p1,2=0,009 p1,3=0,01 p1,4=0,0001 p2,3=0,5 p2,4=0,000013 p3,4=0,00000015				
Среднее САД (ночь), мм рт.ст.	121,0 (114,0;130,0)	112,0 (111,0;123,0)	119,5 (111,0;129,0)	151,0 (136,0;157,0)
p1,2=0,126 p1,3=0,66 p1,4=0,00003 p2,3=0,22 p2,4=0,000027 p3,4=0,000001				
Среднее САД (сутки), мм рт.ст.	128,0 (121,0;137,0)	122,5 (119,0;125,0)	124,0 (121,0;130,0)	150,0 (144,0;153,0)
p1,2=0,07 p1,3=0,14 p1,4=0,000023 p2,3=0,24 p2,4=0,00002 p3,4=0,00000039				
Среднее ДАД (день), мм рт.ст.	86,0 (80,0;94,0)	83,0 (79,0;85,0)	81,5 (74,0;85,0)	93,0 (85,0;102,0)
p1,2=0,1 p1,3=0,006 p1,4=0,23 p2,3=0,39 p2,4=0,013 p3,4=0,00023				
Среднее ДАД (ночь), мм рт.ст.	78,0 (66,0;87,0)	73,0 (68,0;76,0)	74,0 (68,0;78,0)	89,0 (80,0;102,0)
p1,2=0,17 p1,3=0,14 p1,4=0,021 p2,3=0,6 p2,4=0,003283 p3,4=0,000327				
Среднее ДАД (сутки), мм рт.ст.	85,0 (78,0;93,0)	79,0 (78,0;84,0)	79,0 (73,0;84,0)	91,0 (85,0;99,0)
p1,2=0,14 p1,3=0,047 p1,4=0,041 p2,3=0,73 p2,4=0,002982 p3,4=0,000047				
Снижение САД в ночные часы, %	7,0 (4,0;13,0)	7,5 (-2,0;13,0)	5,0 (-3,0;9,0)	2,0 (-1,0;6,0)
p1,2=0,97 p1,3=0,211 p1,4=0,029 p2,3=0,36 p2,4=0,16 p3,4=0,35				
Снижение ДАД в ночные часы,%	7,0 (5,0;14,0)	12,5 (4,0;17,0)	6,0 (1,0;12,0)	3,0 (1,0;13,0)
p1,2=0,37 p1,3=0,52 p1,4=0,211 p2,3=0,20 p2,4=0,07 p3,4=0,42				
ЧСС (день), ударов в минуту	67,0 (64,0;73,0)	77,0 (73,5;84,5)	74,5 (71,0;83,5)	88,0 (76,0;95,0)
p1,2=0,00011 p1,3=0,0032 p1,4=0,00034 p2,3=0,38 p2,4=0,15 p3,4=0,074				
ЧСС (ночь), ударов в минуту	57,0 (52,0;62,0)	61,0 (59,0;66,0)	64,0 (59,0;73,5)	73,0 (63,0;87,0)
p1,2=0,019 p1,3=0,0021 p1,4=0,00034 p2,3=0,37 p2,4=0,045 p3,4=0,16				
ЧСС (сутки), ударов в минуту	64,0 (57,0;70,0)	74,5 (68,0;88,0)	74,0 (68,0;86,0)	86,0 (74,0;92,0)
p1,2=0,0023 p1,3=0,0016 p1,4=0,00054 p2,3=0,87 p2,4=0,32 p3,4=0,196				

Примечание: САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений.

При изучении суточного профиля САД было выявлено, что в группе контроля у 17 из 30 больных (56,7%) с эссенциальной гипертонией преобладал тип «dipper» (достаточное снижение АД в ночные часы), тип «non-dipper» (недостаточное снижение АД в ночные часы) встречался только у 10 из 30 пациентов (33,3%) и у 3 обследуемых (10%) был зафиксирован профиль «night-peaker» с устойчивым повышением САД в ночные часы. У больных ХОБЛ без АГ в анамнезе выявлено преобладание профиля АД «non-dipper» по суточному индексу САД по сравнению с группой контроля (55% и 33,3% соответственно), профиль «night-peaker» встречался в 15% случаев, что было статистически незначимо по сравнению с группой контроля ($p > 0,05$). У больных с коморбидностью ХОБЛ и лабильной АГ (1-я группа) чаще встречался суточный профиль «night-peaker» по САД, в сравнении с больными со стабильной АГ (2-я группа), 35,7% и 20,8% соответственно, у которых по суточному профилю преобладал тип «non-dipper» (50% и 66,7% соответственно), что было достоверно по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Тип «dipper» у больных 1-й и 2-й группы встречался достоверно реже по сравнению с группой контроля (56,7%, 14,3%, 12,5%, соответственно $p < 0,05$).

При исследовании суточного профиля ДАД установлено, что в группе контроля также преобладает суточный

профиль с достаточным снижением в ночные часы «dipper» (60%), по сравнению с больными ХОБЛ без и с АГ (25% и 13,1% соответственно, $p < 0,05$). Причем среди больных с коморбидностью данных патологий тип суточного профиля «dipper» чаще встречался у пациентов с лабильной АГ (21,4 и 8,4% соответственно). Также отмечается преобладание суточного профиля «non-dipper» по ДАД у больных с ХОБЛ и АГ в сравнении с группой контроля, преимущественно у лиц со стабильной АГ ($p < 0,05$). Профиль с устойчивым повышением ДАД в ночные часы (night-peakers) достоверно чаще наблюдался у больных при коморбидности ХОБЛ и лабильной АГ по сравнению с группой контроля (табл. 2).

По данным трансторакального ультразвукового исследования сердца, у больных с ХОБЛ отмечается прямо пропорциональное повышение СДЛА в зависимости от тяжести заболевания (табл. 4). У лиц с ХОБЛ, а также при коморбидности данных патологий ХОБЛ и АГ СДЛА выше нормы ($p < 0,05$), как в момент обострения заболевания, так и при улучшении клинического состояния пациентов. При этом отмечается тенденция к большему снижению СДЛА у больных ХОБЛ и лабильной АГ, при обострении и последующей стабилизации клинического состояния, по сравнению с больными со стабильной АГ ($p < 0,01$) (табл. 3).

Таблица 2

Циркадные ритмы АД (мм рт.ст.) у обследуемых больных

Группа	Циркадный ритм	САД (dipper)		САД (non-dipper)		САД (night-peaker)		ДАД (dipper)		ДАД (non-dipper)		ДАД (night-peaker)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Эссенциальная АГ	17	56,7	10	33,3	3	10,0	18	60,0	9	30,0	3	10,0
2	ХОБЛ без АГ	6	30,0	11	55,0	3	15,0	5	25,0	12	60,0	3	15,0
3	ХОБЛ с АГ	5	13,1	23	60,5	10	26,3	5	13,1	24	63,1	9	23,6
4	ХОБЛ с АГ (лабильная)	2	14,3	7	50,0	5	35,7	3	21,4	7	50,0	4	28,6
5	ХОБЛ с АГ (стабильная)	3	12,5	16	66,7	5	20,8	2	8,4	17	70,8	5	20,8

p1,3 (САД dipper)=0,0004 p1,4 (САД dipper)=0,02 p1,5 (САД dipper)=0,002
p1,3 (САД non-dipper)=0,04 p1,5 (САД non-dipper)=0,03
p1,2 (ДАД dipper)=0,03 p1,3 (ДАД dipper)=0,0001 p1,5 (ДАД dipper)=0,0003
p1,3 (ДАД non-dipper)=0,04 p1,5 (ДАД non-dipper)=0,0067
p1,4 (ДАД night-peaker)=0,01

Таблица 3

Покзатели среднего давления в легочной артерии (мм рт.ст.) у больных с ХОБЛ [Ме (25%;75%)]

Показатели	ХОБЛ без АГ (n=20)	ХОБЛ и АГ (n=14)	ХОБЛ и АГ (n=24)
Группа	1	2	3
СДЛА, мм рт. ст. при обострении	47,8 (45,0;50,0)	46,0 (42,0;49,25)	43,0 (42,0;46,0)
p1,2=0,45 p1,3=0,11 p2,3=0,28			
СДЛА, мм рт. ст. вне обострения	40,0 (38,0;42,0)	41,0 (38,0;46,5)	40,0 (39,0;42,0)
	p=0,0032	p=0,0031	p=0,67

По мере увеличения степени бронхиальной обструкции, которая приводит к хронической гипоксии и гиперкапнии у данной категории больных, прямо пропорционально увеличивается СДЛА ($p < 0,05$), в результате чего возрастает постнагрузка на правые отделы сердца с дальнейшим развитием дилатации и гипертрофии, при этом преднагрузка на левый желудочек у больных, с крайне резкими нарушениями легочной вентиляции уменьшается, в результате происходит снижение фракции выброса. В то же время у больных с выраженными обструктивными нарушениями легочной вентиляции на фоне хронического легочного сердца среднесуточные показатели АД не достигают высокого уровня, а в ряде случаев наблюдалась гипотония в течение суток при стойко сохраняющемся увеличенном СДЛА (табл. 4), что указывает на возможный риск поражения органов-мишеней и отражает уже имеющиеся серьезные нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, в том числе нарушение систолической функции сердца, что также отмечено в ряде исследований [4]. По мере утяжеления ХОБЛ компенсаторно происходит увеличение фракции выброса левого желудочка, с последующим снижением и развитием застойной сердечной недостаточности.

Таким образом, при исследовании суточного профиля по данным СМАД у обследуемых контрольной группы (с эссенциальной гипертензией без ХОБЛ) достоверно чаще встречался тип «dipper», как по САД так и по ДАД, в отличие от пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ.

Таблица 4

Гемодинамические и спирометрические показатели у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести [Ме (25%;75%)]

Показатели	ХОБЛ II ст. (n=12)	ХОБЛ III ст. (n=23)	ХОБЛ IV ст. (n=23)
Группа	1	2	3
ОФВ1, %	62,5 (52,0;70,0)	36,5 (32,0;43,0)	26,0 (20,0;29,0)
p1,2=0,001 p1,3=0,00006 p2,3=0,000001			
Индекс Тиффно, %	61,5 (54,0;67,5)	56,0 (51,0;60,0)	54,0 (45,0;57,0)
p1,2=0,16 p1,3=0,04 p2,3=0,17			
ФВ ЛЖ, %	55,0 (52,5;58,0)	61,0 (57,0;64,0)	59,0 (58,0;62,0)
p1,2=0,017 p1,3=0,034 p2,3=0,377			
ТСПЖ, мм	0,57 (0,5;0,6)	0,6 (0,5;0,65) mean 0,59±0,08	0,6 (0,6;0,65) mean 0,64±0,1
p1,2=0,49 p1,3=0,49 p2,3=0,051			
СДЛА, мм рт.ст.	38,0 (35,0;44,2)	43,5 (40,0;46,5)	46,5 (43,5;55,0)
p1,2=0,017 p1,3=0,0001 p2,3=0,013			
Среднее САД (сутки), мм рт.ст.	132,0 (119,0;135,0)	132,0 (125,5;146,5)	129,0 (121,0;150,0)
p1,2=0,39 p1,3=0,59 p2,3=0,7			
Среднее ДАД (сутки), мм рт.ст.	84,0 (80,0;85,0)	79,5 (76,0;84,5)	83,5 (75,5;96)
p1,2=0,31 p1,3=0,86 p2,3=0,25			
Снижение САД в ночные часы (%)	-8,0 (-9,0;6,0)	-2,0 (-6,0;3,0)	-6(-13,0;0,5)
p1,2=0,6 p1,3=0,5 p2,3=0,13			
Снижение ДАД в ночные часы (%)	-6,0 (-15,0;1,0)	-3,0 (-12,0;3,0)	-7,0 (-12,5;1,5)
p1,2=0,68 p1,3=0,86 p2,3=0,39			

Примечание: ОФВ₁ – объём форсированного выдоха за первую секунду, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ТСПЖ – толщина стенки правого желудочка.

У пациентов с ХОБЛ и лабильной АГ достоверно преобладал суточный профиль «night-peaker», по сравнению с обследуемыми ХОБЛ, имеющими стабильное течение АГ, у которых достоверно чаще встречался тип «non-dipper».

При изучении суточного мониторинга АД у больных с коморбидностью ХОБЛ и АГ выявлен прогностически неблагоприятный («night-peaker») суточный профиль АД по сравнению с контрольной группой, что связано с развитием хронической вентиляционной недостаточности, приводящей к гипоксии, гиперкапнии и вследствие этого к нарушению нейрогуморальной активации.

По данным ЭхоКГ у больных с ХОБЛ отмечается прямо пропорциональное повышение СДЛА в зависимости от тяжести заболевания. При этом статистически достоверно, что у лиц с коморбидностью ХОБЛ и АГ, как с лабильной, так и со стабильной, СДЛА выше нормы, как на момент обострения заболевания, так и при стабилизации клинического состояния пациентов.

Для диагностики тяжести АГ, выявления сердечно-сосудистых осложнений и адекватного подбора дозы гипотензивных препаратов у больных с ХОБЛ при поступлении в стационар, помимо общеклинических обследований, необходимо проведение трансторакального ультразвукового исследования сердца и суточного мониторинга АД с целью определения особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и индивидуальных особенностей суточного профиля.

SYSTEMIC ARTERIAL PRESSURE IN THE PULMONARY TRUNK AND VARIABILITY OF BLOOD PRESSURE DAILY MONITORING IN MALE AT COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

E. V. Kozlov, L. S. Polikarpov,
M. M. Petrova, E. V. Derevyannikh
Krasnoyarsk state medical university named
after Prof. V. F. Voyno-Yasnetsky

Abstract. Were examined 58 male patients (average age - $64,4 \pm 9,6$ years) with COPD and arterial hypertension (AH) and without it, and 30 men (average age of $61,2 \pm 5,3$ years) with essential hypertension, who amounted to a control group. Methods of research: clinical examination, ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), anthropometry, spirometry, ECG, echocardiogram, etc

It is shown that in the combination of these pathologies was significantly more frequent prognostically unfavorable daily profile «night-peakers», as compared with the control group suffering from essential hypertension. It was also found that in patients with COPD and AG as at the time of worsening of the underlying disease, and during the stabilization of the clinical condition the average pulmonary artery pressure was above norm, which subsequently leads to structural and functional changes of the cardiovascular system

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, ambulatory blood pressure monitoring, echocardiography.

Литература

1. Адашева Т.В., Задионченко В.С., Мациевич М.В. и др. Артериальная гипертензия и ХОБЛ — рациональный

выбор терапии // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 262. — С. 795-800.

2. Бобров В.А., Фуштей И.М., Поливода С.Н. Состояние регионарной гемодинамики при хроническом обструктивном бронхите с артериальной гипертензией // Терапевтический архив. — 1986. — Т. 58, № 12. — С. 20-24.

3. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Шилова Е.В. и др. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11, № 9. — С. 535-538.

4. Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Кузмичева Н.В. и др. Особенности суточного профиля артериального давления и ЭКГ у больных ХОЗЛ // Российский кардиологический журнал. — 1999. — № 3. — С. 4-7

5. Залвеян П.А., Ощепкова Е.В., Буниатян М.С. и др. Особенности суточного профиля артериального давления у больных мягкими и умеренной формами артериальной гипертензией с синдромом апноэ/гипопноэ в сне // Терапевтический архив. — 2001. — № 9. — С. 8-13.

6. Кароли Н.А., Сергеева В.А. Суточный мониторинг артериального давления у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, № 1. — С. 64-67.

7. Карпов Ю.А., Сорокин Ю.А. Особенности лечения артериальной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких // Русский медицинский журнал. — 2003. — № 19. — С. 1048-1051

8. Кобалава Ж.Д., Котловская Ю.В. Мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение. — М.: Медицинская книга, 1999. — 234 с.

9. Мухарлямов Н.М. Системная артериальная гипертензия и заболевания легких // Терапевтический архив. — 1983. — Т. 55, № 1. — С. 54-57.

10. Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Яскевич Р.А. и др. Артериальная гипертензия (распространенность, профилактика, адаптация и реадaptация к различным экологическим условиям). — Красноярск, 2010. — 289 с.

11. Рогоза А.Н., Никольский В.П., Ощепкова Е.В. и др. Суточное мониторирование артериального давления / Под ред. Г.Г. Арабидзе. — М.: Медицинская книга, 2001. — 44 с.

12. Цибульская Н.Ю., Поликарпов Л.С., Петрова М.М. Клинико-функциональные особенности больных артериальной гипертензией в зависимости от суточных биоритмов // Сибирское медицинское обозрение. — 2012. — Т. 78, № 6. — С. 24-28

13. Antonelli Incalzi R., Fuso L., De Rosa M. et al. Comorbidity contributes to predict mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. — 1997. — № 10. — P. 2794-2800.

14. Dart R.A., Gollub S., Lazar J. et al. Treatment of systemic hypertension in patients with pulmonary disease // Chest. — 2003. — № 123. — P. 222-243.

15. Landbo C., Prescott E., Langer P. et al. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1999. — Vol. 160. — P. 1856-1861.

Сведения об авторах

Козлов Евгений Вячеславович – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391)2469370; e-mail: kev-pulmonolog@mail.ru.

Петрова Марина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом

ПО ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8 (391) 2200628; e-mail: stk99@yandex.ru.

Деревянных Евгений Валерьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8 (391) 2469408; e-mail: www.rusene@mail.ru.

© ГРИЦАН А. И., ГАЙГОЛЬНИК Д. В., БЕЛЯЕВ К. Ю., ЧЕРДАНЦЕВ Д. В., ГРИЦАН Г. В.

УДК 616-036.8:616.37-002-06:[616.94-022.7 + 616.24-001]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННЫМИ СЕПСИСОМ И ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛЕГКИХ

А. И. Грицан^{1,2}, Д. В. Гайгольник^{1,2}, К. Ю. Беляев², Д. В. Черданцев^{1,2}, Г. В. Грицан¹

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – И. П. Артюхов, ² КГБУЗ Краевая клиническая больница, гл. врач – Е. Е. Корчагин.

Резюме. Проведено одноцентровое ретроспективное и проспективное нерандомизированное исследование по оценке эффективности лечения 94 пациентов с деструктивными формами панкреатита, осложненными сепсисом и острым повреждением легких. Установлено, что интенсивная терапия, основанная на клинических рекомендациях, позволила обеспечить выживание 35,2% пациентов, в том числе при сепсисе в 74,9% случаев, при тяжелом сепсисе – 19,5%, а при септическом шоке – в 19,3% наблюдений. Выявлено, что у больных с деструктивными формами панкреатита, осложненными септическим шоком и острым повреждением легких (при исходной средней оценке тяжести по шкалам APACHE II = 25,4 балла, SOFA = 10,9 баллов, LIS = 3,6 баллов) летальный исход в течение первых 7 суток нахождения в ОАР возникал в 65,3% случаев. Частота таких осложнений, как аррозивное кровотечение, флегмона забрюшинной клетчатки, желудочно-кишечное кровотечение, псевдокиста, не связаны с тяжестью сепсиса у больных с деструктивным панкреатитом. Однако при сепсисе, частота возникновения кишечных свищей составила 25,9%, что в определенной степени способствовало росту летальности.

У больных с сепсисом и тяжелым сепсисом выявлена тенденция к возрастанию летальности в зависимости от количества оперативных вмешательств: при повторных операциях уровень летальности составил 25,0% и 83,3% соответственно, а при выполнении трех и более – 42,8% и 85,7% соответственно в отличие от одного оперативного вмешательства (16,6% и 60,0% соответственно).

Ключевые слов : панкреонекроз, сепсис, септический шок, острое повреждение легких.

Известно, что наиболее тяжелой формой острого панкреатита остается инфицированный панкреонекроз, частота которого варьирует в пределах 25-60%, а летальность достигает 60-75% [1,2,4]. Поэтому интенсивная терапия осложненных форм панкреонекроза остается одним из наиболее актуальных вопросов современной медицины, в первую очередь хирургии и анестезиологии-реаниматологии.

Следует констатировать, что основной причиной смерти больных панкреонекрозом, является сепсис с развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), одним из первых проявлений, которого является синдром острого повреждения легких (ОПЛ/ОРДС). Клинико-лабораторные признаки ОПЛ/ОРДС выявляются более чем у 50% больных с сепсисом, а при тяжелом сепсисе это число близко к 100% [3] с уровнем летальности, достигающем 86%.

В то же время последнее десятилетие в Российской Федерации появились клинические рекомендации по лечению больных с панкреонекрозом – «Деструктивный панкреатит.

Доказательные методы диагностики и лечения» (РАСХИ, 2008); сепсисом – «Сепсис в начале XXI века: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика» (2006); «Диагностика и интенсивная терапия острого повреждения легких и острого респираторного дистресс-синдрома» (2006); которые основаны на доказательной медицине.

Цель исследования: провести оценку результатов интенсивной терапии больных с деструктивными формами панкреатита, осложненными сепсисом и острым повреждением легких, основанной на клинических рекомендациях.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое ретроспективное и проспективное нерандомизированное исследование 94 больных с деструктивными формами панкреатита, осложнившихся сепсисом и острым повреждением легких, находившихся на лечении в условиях отделения анестезиологии-реанимации №3 гнойно-септического центра КГБУЗ «Краевая