

рапії, здебільшого за рахунок відсутності розуміння сенсу постійного лікування, або в результаті неспроможності придбати ліки у сучасних умовах соціального життя в країні.

Ані гендерні чи вікові особливості, ані рівень освіти хворих на ХОЗЛ не впливають на їх прихильність до постійної інгаляційної терапії.

УДК [616.24-002+616.12-005.4-07]-008-053.9

**ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА  
ЕХОКАРДИОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ СИСТОЛІЧНОЇ  
І ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЙ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА  
У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ НА ХРОНІЧНЕ  
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У  
ПОЄДНАННІ**

**З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**Петров Є.Є., Бурмак Ю.Г., Треумова С.І.**

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична  
стоматологічна академія»*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем як в Україні, так і в світі. Багато експертів повідомляють, що ХОЗЛ неможливо розглядати інакше, як поліморбідний стан. Коморбідність ХОЗЛ з кардіо-васкулярною патологією, особливо з метаболічними порушеннями, залишається найбільш важливою, причому в епіцентрі цієї проблеми знаходяться особи старших вікових груп.

**Мета дослідження** — оцінити ехокардіографічні показники систолічної і діастолічної функції правого шлуночка (ПШ) у хворих похилого і старечого віку на ХОЗЛ у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) та метаболічним синдромом (МС).

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 60 осіб середнім віком  $78,9 \pm 1,2$  років, з яких 15 практично здорових осіб (контрольна група), 15 хворих на ізольоване ХОЗЛ<sub>II ст.</sub> (порівняльна група), 15 хворих на ХОЗЛ<sub>II ст.</sub> в поєднанні з ІХС та 15 хворих на ХОЗЛ<sub>II ст.</sub> в поєднан-

ні з ІХС та МС. Оцінку морфологічного та функціонального стану правих відділів серця проводили з використанням двомірної ехокардіографії на апараті Toshiba SSA, 380A Powerwission (Японія) за загальноприйнятою методикою. Оцінювали такі показники діастолічної функції ПШ: кінцевий діастолічний розмір, швидкість раннього (Е) і пізнього (А) діастолічного наповнення, відношення Е/А, час ізвольомічної релаксації за показниками трансструкуспідального кровотоку та діаметр правого передсердя. З метою оцінки систолічної функції ПШ визначали максимальну швидкість кровоплину у вихідному тракті ПШ за показниками транспульмонального кровотоку, фракцію укорочення, парадоксальний рух міжшлуночкової перетинки, спадіння нижньої порожнистої вени на вдиху та її діаметр. Систолічний тиск в легеневій артерії визначали за величиною транскуспідального градієнта при наявності трикуспідальної регургітації.

**Результати дослідження.** Встановлено, що вже у хворих на ізольоване ХОЗЛ<sub>II ст.</sub> відзначаються відхилення гемодинамічних показників ПШ у порівнянні з групою здорових осіб. Ці порушення зростають при поєднанні ХОЗЛ<sub>II ст.</sub> з ІХС, а особливо, при наявності МС. Це свідчить про виснаження компенсаторних можливостей ПШ, що призводить до порушення його релаксації, зниження градієнта тиску та швидкості раннього діастолічного наповнення. Діастолічна дисфункція ПШ зумовлена не лише кардіоміопатією в умовах хронічної гіпоксії, але й зростаючими метаболічними потребами. При цьому навіть незначно виражена легенева гіпертензія є додатковим фактором у виникненні порушень насосної функції серця, що суттєво змінює внутрішньосерцеву гемодинаміку.

**Висновок.** У хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та МС доплерокардіографічні показники ПШ більш змінені порівняно з хворими на ізольоване ХОЗЛ, що свідчить про синдром «взаємного обтяження», який призводить до більш тяжкого перебігу захворювання та до раннього формування бівентрикулярної серцевої недостатності.

**Перспективи подальших досліджень.** Планується вивчення впливу МС на показники функції лівого шлуночка у хворих літнього віку на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, що сприятиме отриманню більш цілісних наукових уявлень щодо порушеного питання з подальшим практичним застосуванням.