

*Сушкевич А. В., Царев В. П., Змачинская И. М., Копать Т. Т.*  
**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В  
СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
*Научные руководители д-р мед. наук, проф. Царев В. П.*  
*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Все больше внимания обращает на себя пациент с коморбидной патологией в клинике внутренних болезней. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является заболеванием, которое в большом числе случаев сочетается с артериальной гипертензией (от 45 до 87 %). Известно, что риск атеросклероза коронарных сосудов и степень артериальной гипертензии возрастает со стадией ХОБЛ, а также зависит от частоты обострений ХОБЛ в год. Республиканские клинические протоколы по лечению ХОБЛ (приложение 4 к приказу МЗ РБ от 05.07.2012 № 768) предусматривают основные и дополнительные диагностические методы, исключая эхокардиографию. Основанием для назначения является подозрение на наличие легочной гипертензии, как осложнения ХОБЛ. У пациентов с эмфиземой без легочной гипертензии среднее давление в легочной артерии 25 мм рт. ст., а при наличии эмфиземы и легочной гипертензии более 25 мм рт. ст., при тяжелой легочной гипертензии и эмфиземе – 35 мм рт. ст. (или 25 и более при малом сердечном выбросе). Гипертрофия миокарда левого желудочка является неблагоприятным прогностическим показателем выживаемости. В свою очередь пациенты с гипертензией имеют курение, как фактор сердечно-сосудистого риска. Однако, исследование функции внешнего дыхания таким пациентам не проводится.

**Цель:** изучить частоту встречаемости и характер поражения левых отделов сердца, характерных для артериальной гипертензии при ХОБЛ.

**Материалы и методы.** Оценили результаты эхокардиографии (ЭХО КГ) пациентов с ХОБЛ. Обследовано 38 пациентов с ХОБЛ 2-4 стадии в сочетании с ИБС и АГ 2-3 степени методом двухмерной эхокардиографии с импульсно-волновой доплерокардиографией. Пациенты с пороками аортальными, митральными, персистирующей фибрилляцией предсердий, стенокардией, декомпенсированной сердечной недостаточностью в работу не включались. Средний возраст составил 66,6 лет. Среди них женщин 6 человек (62,42±2), мужчин 32 (средний возраст 67,72±2).

**Результаты и их обсуждение.** ЭХО КГ пациентов ХОБЛ 2-4 стадии с резко сниженной сократительной функцией миокарда (3 случая) отличались низкой фракцией выброса (в среднем 49,33 %) – ниже 50%, характеризовались высокой массой миокарда 256 г по средним значениям; эксцентрическим типом гипертрофии миокарда левого желудочка (отношение толщины задней стенки левого желудочка к конечно диастолическому размеру <0.42), наличием легочного сердца, умеренной легочной гипертензией. Гипертрофии левого желудочка определялась по значениям массы миокарда левого желудочка по линейным размерам в В-режиме, где норма 102 г/м кв. для мужчин, 88 г/м кв. для женщин. Встречалось превышение нормальных значений в 36 из 38 случаев. Оценивалась систолическая функция левого желудочка по стандартным показателям ударного объема, фракции выброса (ФВ). Данные о частоте нарушений систолической функции ЛЖ у больных также варьируют. ФВ>60% - 8 случаев, ФВ <60% - 30 случаев. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка по рестриктивному типу (Е/А>2) встречалась в 1(2,63%) случае. Диастолическая дисфункция 1-го типа – в 89%. Сократительная функция миокарда характеризовалась как сохраненная в 72.6% случаев, наличие выраженного фиброза диагностировано в 3 случаях.

**Выводы.** У пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ 2-4 в сочетании с артериальной гипертензией создаются условия для развития дисфункции левых отделов сердца, гипертрофии левого желудочка как адаптивного, так и дезадаптивного характера.