

УДК 616.24-007.272-036.1:616.12-005.4:616.12-008.318/.331.1]-079.7

**Т.О. Перцева,
О.В. Фесенко**

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОРУШЕНЬ
СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У
ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ
ХВОРОБИ СЕРЦЯ, АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО
АНАЛІЗУ**

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра факультетської терапії та ендокринології
(зав. - член-кор. АМН України, д. мед. н., проф. Т.О. Перцева)*

Ключові слова: ішемічна хвороба
серця, артеріальна гіпертензія,
хронічне обструктивне
захворювання легень, порушення
серцевого ритму

Key words: ischemic heart disease,
arterial hypertension, chronic
obstructive pulmonary disease,
arrhythmias

Резюме. На основани даних ретроспективного аналізу історій
болезни определена распространённость ХОЗЛ у пацієнтів с ИБС, АГ и
нарушениями сердечного ритма. Выявлены особенности клинического
течения сочетанной патологии и наиболее распространённые виды
аритмий. Установлены группы препаратов, которые чаще всего
используются для лечения нарушений сердечного ритма и проводимости
у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой и бронхо-легочной
патологией. Проведен анализ частоты выявления, адекватной
диагностики и лечения сопутствующего ХОЗЛ у больных с сердечно-
сосудистыми заболеваниями.

Summary. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease,
associated with ischemic heart disease, arterial hypertension and arrhythmias
based on retrospective analysis data was defined. The clinical peculiarities of
combined cardiovascular and pulmonary diseases and the most widespread
arrhythmias were evaluated. The most common antiarrhythmic agents, which
are used for treatment of cardiac rhythm disturbances in patients with
ischemic heart disease, arterial hypertension with concomitant chronic
obstructive pulmonary disease were determined. The analysis of prevalence,
adequate diagnostics and treatment strategies of concomitant COPD in
patients with cardiovascular diseases was performed.

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) має тенденцію до їх збільшення, тому проблема своєчасної діагностики і лікування поєднаного перебігу цих патологічних станів є актуальною в сучасних умовах [9].

У великих епідеміологічних дослідженнях було продемонстровано, що головною причиною летальності хворих із ХОЗЛ легкого та середньотяжкого перебігу є не дихальна недостатність, а серцево-судинні події [15, 19]. За даними зарубіжних авторів, серцево-судинні захворювання виявляють не менш ніж у 50% хворих із ХОЗЛ [20]. Наявність у хворого ХОЗЛ за даними Sin D.D., Man S.F., збільшує ризик розвитку серцево-судинних захворювань у 2 – 3 рази [21]. За даними вітчизняної літератури встановлено, що ІХС у хворих з ХОЗЛ зустрічається в 25,3%, АГ – в 22,8%, що вказує на значне поширення

поєднаної патології органів дихання та серцево-судинної системи [9]. Вітчизняні дослідники Ю.М. Мостовий, О.М. Колошко (1999) виявили порушення серцевого ритму у 20,8% хворих із поєднаною патологією [8].

За даними проспективного популяційного дослідження з визначення ризику летальності у чоловіків і жінок з порушеною функцією легень, проведеного D.J. Hole et al (1996), показники ОФВ₁ нижче 73 – 75% були асоційовані з підвищенням ризику летальності від ІХС на 26% у чоловіків та на 24% - у жінок, причому низький показник ОФВ₁ впливав на серцево-судинну летальність незалежно від статусу куріння [5,15].

Виявлені системні ефекти ХОЗЛ, у тому числі запалення, за даними Gan W.Q., Man S.F., Sen-thilselvan A., Sin D.D. (2002), підвищують ризик розвитку серцево-судинних захворювань, що корелює з рівнем С-реактивного протеїну (СРП)

в сироватці крові. СРП, як відомо, є незалежним потужним фактором – предиктором серцево-судинної захворюваності і летальності [17, 18].

Вважається, що підвищення рівня СРП при ХОЗЛ збільшує продукцію цитокінів, посилює активацію системи компліменту, стимуляцію захвату ліпопротеїдів низької щільності макрофагами, посилює адгезію лейкоцитів судинним ендотелієм. У результаті збільшується запалення, що прискорює формування атеросклерозу [1, 13].

Майже одночасний розвиток ІХС, АГ та ХОЗЛ пов'язаний з наявністю спільних факторів ризику, насамперед паління (активне та пасивне). Крім цього, суттєвий внесок мають гіподинамія, ожиріння, несприятливі умови навколишнього середовища, чоловіча стать. Синхронний перебіг ХОЗЛ та ІХС супроводжується синдромом "взаємного обтяження", який призводить до більш ранньої інвалідації та смерті хворих [3]. Виникнення дихального ацидозу при ХОЗЛ провокує спазм коронарних судин, що призводить до безбольової ішемії міокарда. У період загострення ХОЗЛ погіршення стану коронарного кровообігу спостерігається у 10,8% осіб [4].

Хронічна гіпоксемія може бути передумовою розвитку дистрофічних процесів у міокарді та виникнення порушень ритму [16]. Двоокис вуглецю, являючись потенційним вазодилатором, при збільшенні його вмісту знижує периферичний судинний опір, збільшує ємність артеріального русла, зменшує ефективний об'єм циркуляції, що стимулює симпатичну нервову систему [2].

Крім того, у хворих на ХОЗЛ виявляється підвищення тону парасимпатичної нервової системи. Як відомо, підвищення тону парасимпатичної або парасимпатичної автономної нервової системи спричиняє виникнення порушень серцевого ритму та провідності. Але вважається, що порушення ритму і провідності досить рідкі у хворих на ХОЗЛ [6]. При поєднаній патології частота порушень ритму зростає, за даними різних авторів, до 80,1–96,7%.

Лікування поєднаних захворювань внутрішніх органів лишається однією з найбільш складних проблем терапії. Патогенетичні механізми різних захворювань при їх поєднанні частіше погіршують перебіг один одного, що, звичайно, потребує підвищеної уваги під час призначення медикаментозної терапії, оскільки можливе як потенціювання, так і пригнічення фармакокінетичних ефектів, поглиблення або навіть виникнення в результаті лікування нових патологічних змін [9].

Метою дослідження було встановлення поширеності поєднання ІХС, АГ та ХОЗЛ, особливостей їх клінічного перебігу, визначення найбільш поширених груп препаратів, що використовуються для лікування таких хворих, та частоти призначення адекватної терапії супутнього хронічного обструктивного захворювання легень на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Всього опрацьовано 4707 історій хвороб та проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 494 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні некоронарогенних захворювань міокарда та порушень серцевого ритму КЗ "Міська клінічна лікарня №2" за період з 2005 по 2007 рік.

Історії хвороб 494 хворих відібрані для аналізу, оскільки під час обстеження були виявлені характерні для ХОЗЛ скарги на кашель та прогресуючу задишку, відповідний анамнез праці у забрудненому промисловими політантами середовищі, наявність фактору паління та рентгенологічних ознак, характерних для ХОЗЛ (посилення легеневого рисунка; розширення, ущільнення та деформація коренів легень, емфізема).

У 456 (92,3 %) серед цих пацієнтів був встановлений діагноз ХОЗЛ, або хронічний бронхіт. Тільки 203 (44,5%) хворих мали підтверджений діагноз ХОЗЛ. Так, серед хворих було 402 (81,4 %) чоловіки та 92 (18,3 %) жінки у віці від 52 до 87 років. Середній вік хворих склав $(61,4 \pm 4,2)$ років.

Діагноз ХОЗЛ ставили згідно з наказами МОЗ України № 499 від 28.10.2003 [11] та № 128 від 12.03.07 [12] і положеннями, сформульованими в документі GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [14], на основі скарг, даних анамнезу захворювання та наявності факторів ризику, загальноклінічного обстеження, даних проведеної спірометрії та рентгенографії органів грудної клітки.

Серед пацієнтів I стадію ХОЗЛ мали 2% (4 хворих), II стадію – 5% (10 хворих), III стадію – 26 пацієнтів (13%), та IV стадію ХОЗЛ – 4 пацієнти (2%). У 78% (159 пацієнтів) з усіх хворих, що мали діагноз ХОЗЛ, стадія захворювання не була встановлена. Цей факт пояснюється відсутністю можливості проведення спірографічного дослідження при наявності у пацієнтів складних порушень серцевого ритму та провідності.

Діагноз ІХС та АГ ґрунтувався на даних скарг, анамнезу, ЕКГ, добового холтеровського

моніторингу серцевого ритму та атереріального тиску (АТ), ЕхоКГ-показників, лабораторних даних (ліпідний профіль, креатинін, рівень глюкози крові натще).

Порушення серцевого ритму та провідності визначалися за допомогою ЕКГ – дослідження у 12 відведеннях та добового моніторингу серцевого ритму за стандартною методикою [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагноз ІХС та гіпертонічної хвороби був встановлений у всіх пацієнтів. У більшості хворих – 189 (38,2%) і 285 (57,7%) – був визначений відповідно II та III функціональний клас стенокардії (згідно з Канадською класифікацією).

Перший функціональний клас мали 3% (15 хворих) та IV клас – 1,1% (5 хворих).

Безбольова ішемія міокарда реструвалася у 54 (11%) хворих.

Гіпертонічна хвороба II стадії була документована у 68,2% хворих, а III стадії – у 31,8%. Інфаркт міокарда в анамнезі мали 89 (18%) пацієнтів, гостре порушення мозкового кровообігу – 19 (3,8%) хворих.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) згідно з класифікацією М.Д. Стражеско – В.Х. Василенко діагностована у всіх хворих при поєднанні ІХС, АГ та ХОЗЛ. Переважна більшість хворих (79%) мала ХСН ІА – ІІБ стадії. ХСН I стадії зареєстрована у 104 (21%) пацієнтів.

Аналіз щорічної госпіталізації хворих у кардіологічне відділення гострих порушень серцевого ритму та провідності показав, що протягом трьох останніх років відсоток хворих з поєднаною патологією (рис.1) залишається майже незмінним і становить 9,75%, 10,9% і 10,6% відповідно.

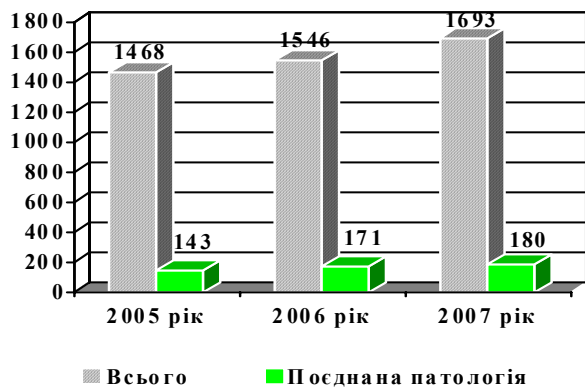


Рис. 1. Кількість хворих із поєднаною патологією, госпіталізованих у кардіологічне відділення за період 2005 – 2007 роки

Аналіз щомісячної госпіталізації за 2007 рік виявив, що найчастіше хворі з поєднанням ІХС, АГ та ХОЗЛ звертаються за допомогою в осінньо-весняний період (рис. 2).



Рис. 2. Щомісячна кількість госпіталізованих хворих за 2007 рік

Серед особливостей клінічного перебігу поєднаної патології слід зазначити значну поширеність порушень серцевого ритму та провідності (табл.).

Як видно з таблиці 1, у хворих переважали передсердні порушення ритму серця (68,7%) та шлуночкова екстрасистолія (19%).

У 41 (8,3%) хворого мало місце поєднання передсердних (ФП) та шлуночкових порушень серцевого ритму.

Фібриляція передсердь у хворих із поєднаною патологією має несприятливий вплив на гемодинаміку. Вона призводить до легеневої гіперволемії та гіпертензії малого кола, погіршує функцію зовнішнього дихання. На думку деяких авторів [9], наявність фібриляції передсердь, блокади лівої ніжки пучка Гіса або лівошлуночкової екстрасистолії дозволяє підтвердити діагноз ІХС у хворих ХОЗЛ.

Аналіз лікування хворих із поєднаною патологією показав, що серед антиаритмічних засобів найчастіше використовувалися аміодарон (82,6%), дігоксин (38%) та кардіоселективні β-адреноблокатори (бетаксалол, бісопролол, небіволол) у 16% випадків.

При лікуванні порушень серцевого ритму та провідності у 123 (24,9%) хворих використовувалися комбінації аміодарону з антиаритмічними препаратами ІС та II класу за класи-

фікацією V. Williams. Серед препаратів інших груп найчастіше використовувались інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту та/або

сартани, антитромбоцитарні (аспірин, клопідогрель), гіполіпідемічні (статици), сечогінні (тораемід) засоби та антагоністи альдостерону.

Поширеність порушень серцевого ритму та провідності у хворих із поєднанням ІХС, АГ та ХОЗЛ

Вид аритмії	Кількість хворих (чол.)	Відсоток хворих (%)
Фібриляція передсердь	314	63,6
з них: пароксизмальна форма	89	18,0
персистуюча форма	142	28,7
постійна форма	83	16,8
Передсердна екстрасистолія	25	5,1
А-V блокади II – III ст.	11	2,2
Шлуночкова екстрасистолія	94	19,0
Інші порушення ритму та провідності	50	10,1

Слід зазначити, що тільки у 12 (2,4%) хворих проводилося лікування супутнього ХОЗЛ. При цьому 4% хворих користувалися інгаляційними ГКС (флутиказон, беклометазон).

Додаткове обстеження (спірографія, аналіз харкотиння) виконано тільки в 1,17% хворих. При загостренні ХОЗЛ у 1,75 % хворих використовувався еуфілін. У 16% випадків призначалась антибактеріальна терапія (аугментин, цефтріаксон).

ВИСНОВКИ

1. Поширеність ХОЗЛ у пацієнтів із серцево-судинною патологією та порушеннями серцевого ритму становить 10,5%.

2. Має місце недооцінка клінічних та інструментальних даних у пацієнтів із ХОЗЛ, що призводить до гіподіагностики захворювання.

3. Найпоширенішими групами препаратів, що використовуються для лікування порушень серцевого ритму, є аміодарон (блокатори калієвих каналів), серцеві глікозиди (дігосин) та β-адреноблокатори (бетаксалол, бісопролол, небіволол).

4. Адекватна терапія супутнього ХОЗЛ призначалась тільки у 2,4% випадків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь лёгких как системное заболевание // Пульмонология. – 2007. - №2. – С. 104 – 116.
2. Гаврисюк В.К. Хроническое легочное сердце: механизмы патогенеза и принципы терапии // Украинський пульмонологічний журнал. – 2006. – № 4. – С.6 – 13.
3. Исследование скоростных характеристик электрической активности сердца у больных ХОБЛ пожилого и старческого возраста / Танцирева И.В., Волкова Э.Г., Игнатова Г.Л. и др. // Пульмонология. — 2000. — Приложение, № 42. – С.17 – 21.
4. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких / Зодионченко В.С., Адашев Т.В. и др. // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, №9. – С. 7 – 9.
5. Козлова Л.И., Бузунов Р. В., Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких у больных

- ишемической болезнью сердца: 15-летнее наблюдение // Терапевтический архив. – 2001. – № 3. – С. 27–32.
6. Лазебник Л.Б. Диагностика и лечение ишемической болезни сердца у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 1990. – 24 с.
7. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. – М.: Медпрактика, 2000. – 216 с.
8. Мостовой Ю.М. Колошко О.М. Розповсюдження артеріальної гіпертензії та порушень ритму серця у хворих з бронхіальною астмою // Матеріали об'єднаного пленуму правління українського наукового товариства кардіологів та асоціації лікарів-інтерністів: Тези доповідей. – К., 2001. – С. 144 – 145.
9. Мостовой Ю.М., Распутіна Л.В. Місце антагоністів кальцію в лікуванні хворих при поєднанні серцево-судинних хвороб та хронічних обструктивних захворювань легень // Здоров'я України. – 2004. – № 89. – С. 27 – 29.

10. Особенности легочной вентиляции, гемореологии и гемодинамики у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / Свиридов А.А., Гирихиди В.П., Задонченко В.С. и др. // *Терапевтический архив*. — 1999. — № 2. — С. 9-13.

11. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми і пневмоній: Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. — Київ, 2003.

12. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”: Наказ МОЗ України № 128 від 19.10.2007 р. — Київ, 2007. — 146с.

13. Endothelin antagonism and interleukin-6 inhibition attenuate the proatherogenic effects of C-reactive protein/ Verma S., Li S.H., Badiwala M.V. et al. // *Circulation*. — 2002. — Vol. 105. — P. 1890–1896.

14. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Executive Summary // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2007. — Vol. 176. — P. 532 – 555.

15. Impaired lung function and mortality risk in men and women: findings from the Renfrew and Paisley prospective population study/ Hole D.J., Watt G.C., Davey-

Smith G. et al. // *Br. Med. J.* — 1996. — Vol. 313. — P. 711–775.

16. Informational analysis of morphometric parameters of pulmonary heart in chronic nonspecific pulmonary disease / Zubritsky A. N. et al. // *Path. Res. Pract.* — 1993. — Vol. 189, N 1. — P. 42–51.

17. Long-term effects of pravastatin on plasma concentration of C-reactive protein. The Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Investigators/ Ridker P.M., Rifai N., Pfeffer M.A. et al. // *Circulation*. — 1999. — Vol. 100. — P. 230-235.

18. Low grade inflammation and coronary heart disease: prospective study and updated meta-analyses / Danesh J., Whincup P., Walker M. et al. // *Br. Med. J.* — 2000. — Vol. 321. — P. 199–204.

19. Lung Health Study Research Group. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study / Anthonisen N.R., Connett J.E., Enright P.L., Manfreda J. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2002. — Vol. 166. — P. 333–339.

20. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality: a population-based study and a systematic review of the literature / Sin D.D., Wu L., Man S.F. et al. // *Chest*. — 2005. — N 127. — P. 1952–1959.

21. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease / Sin D.D., Man S.F. et al. // *Circulation*. — 2003. — Vol. 107. — P. 1514–1519.

