ЛОМТЕВА А. И., ЧЕГОДАЕВА Л. В., КУРКИНА Н. В.

СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Аннотация. Третья часть пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с ИБС, имеет наджелудочковые аритмии, которые являются проявлениями электрической нестабильности миокарда. Их недооценка может способствовать утяжелению течения основного заболевания. Частота и выраженность аритмий у пациентов с ХОБЛ в ассоциации с ИБС коррелирует с тяжестью хронической обструктивной болезни легких.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, суправентрикулярные аритмии.

LOMTEVA A. I., CHEGODAEVA L. V., KURKINA N. V.

SUPRAVENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH COPD IN COMBINATION WITH CAD

Abstract. One third of patients with COPD in combination with CAD have supraventricular arrhythmias, which are manifestations of electrical instability of the myocardium. Their underestimation can contribute to the aggravation of the course of the underlying disease. The frequency and severity of arrhythmias in patients with COPD in combination with CAD correlates with the severity of chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery disease, supraventricular arrhythmias.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает в настоящее время третье место среди причин смерти в мире (от этого заболевания ежегодно умирает почти 2,8 млн. человек) [6].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ХОБЛ связаны между собой как посредством общих факторов риска (курение, возраст, пол, ожирение) так и развитием хронического системного воспаления, которое сопровождается выходом цитокинов и свободных радикалов в системный кровоток и способствует возникновению и прогрессированию атеросклероза [11; 12].

Причинами аритмий у лиц, страдающих хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ИБС могут быть развивающиеся процессы ремоделирования миокарда (преимущественно правых отделов сердца), важная роль отводится сосудистой дисфункции, нарушению симпатической регуляции, оксидативному стрессу и гипоксии [10].

Известно, что некоторые лекарственные препараты, используемые в кардиологии, могут усугубить бронхиальную обструкцию, а многие бронходилататоры – спровоцировать аритмии [2].

Ряд исследователей получили данные о том, что у больных с хронической обструктивной болезнью легких отмечается уменьшение влияния на сердечно-сосудистую систему парасимпатической нервной системы, тогда как усиливается воздействие симпатического звена [5; 9]. При сочетании ХОБЛ и артериальной гипертензии чаще регистрировалась синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы высоких градаций, пароксизмы фибрилляции предсердий, а также политопная предсердная тахикардия [1].

Анализируя данные ряда исследований, посвященных изучению нарушений ритма сердца у пациентов с ХОБЛ, получены весьма противоречивые данные. Так некоторые ученые считают, что при нетяжелых вариантах течения ХОБЛ до 90% аритмий приходится на суправентрикулярные [7], другие отмечают – наиболее часто встречаются желудочковые нарушения ритма [9].

Цель исследования: провести анализ распространенности и структуры суправентрикулярных нарушений ритма сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ИБС.

Материал и методы исследования. В ходе работы проведен анализ данных амбулаторных карт 120 пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом ХОБЛ и ИБС в ГБУЗ «Первомайская центральная республиканская больница» Нижегородской области.

Среди обследуемых пациентов 56,7% составили мужчины, а 43,3% – женщины. То есть, мужчин, страдающих ХОБЛ, в выбранной популяции, больше, чем женщин на 13,4%. Анализируемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту.

Распределение пациентов по степени тяжести ХОБЛ и функциональному классу (ФК) стенокардии представлено в таблице 1 и графике 1.

По представленному выше графику прослеживается следующая закономерность: с усугублением бронхиальной обструкции атеросклеротические изменения в коронарных артериях, вероятно, становятся более выраженными, что, в свою очередь и приводит к клиническим проявлениям стенокардии напряжения более высокого функционального класса.

При проведении анализа сопутствующей патологии выявлено, что 67,3% женщин и 38,2% мужчин наблюдались по поводу гипертонической болезни. Около 8% мужчин имели в анамнезе атеросклероз артерий (2,99% – церебральный атеросклероз; 4,4% – атеросклероз

артерий конечностей). Данных об обращаемости с данной патологией со стороны женщин не выявлено.

Таблица 1

Распределение пациентов по степени тяжести ХОБЛ и функциональному классу стенокардии

Заболевание	Степень тяжести	Количество больных	Возраст
ХОБЛ	GOLD 1	8	56,17±8,74
	GOLD 2	14	64,74±9,24
	GOLD 3	48	63,16±8,28
	GOLD 4	50	66,04±7,53
ИБС: стенокардия напряжения	ФК 1	10	57,89±9,12
	ФК2	53	63,19±8,27
	ФК3	57	64,38±10,24

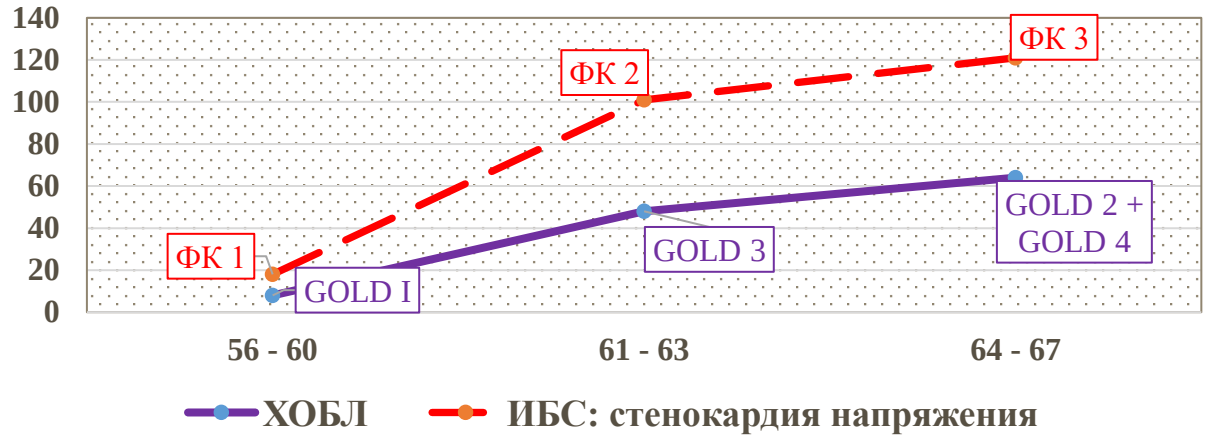

График 1. Распределение пациентов по степени тяжести ХОБЛ и функциональному классу стенокардии.

Структура аритмий по результатам нашего исследования представлена следующим образом (табл. 2). Так, более чем у 2/3 пациентов регистрировался синусовый ритм, в 13,3% отмечалась фибрилляция предсердий, причем более в половине случаев было представлено постоянной формой. Желудочковые экстрасистолы выявлялись у 10,8% больных, у трети пациентов регистрировались суправентрикулярные экстрасистолы, синусовая тахикардия отмечалась у 32,5% больных. Следует отметить, что у 15% обследованных пациентов нарушения ритма не были зарегистрированы.

При анализе полученных данных прослеживалась четкая связь увеличения частоты развития фибрилляции предсердий, количества желудочковых экстрасистол с тяжестью и эпизодами обострений ХОБЛ, что свидетельствует о несомненном влиянии прогрессирования заболевания на нестабильность миокарда.

Таблица 2

Распределение пациентов по структуре нарушений ритма

Количество пациентов	Без нарушений ритма	ЖЭС (количество случаев)	НЖЭС (количество случаев)	ФП (количество случаев)	СТ (количество случаев)
120	18	13	37	16	39

Наличие и прогрессирование синусовой тахикардии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца является немаловажным показателем нестабильности как сердечно-сосудистой, так и дыхательной системы [3; 8].

По результатам нашего исследования за сутки выявлялось 16095 наджелудочковых экстрасистол, среднее количество которых за 1 час составляло около 20. Следует отметить, что чуть более половины их количества было представлено одиночными монотопными экстрасистолами – 57%, а 43% – групповыми и политопными (табл. 3).

Таблица 3

Структура наджелудочковых экстрасистолий в течение суток

НЖЭС за сутки	Среднее количество в час	Одиночные монотопные	%	Групповые и политопные	%
16095	21,13±10,63	9117	56,6	6978	43,4

Таким образом, нами выявлено, что около трети пациентов, страдающих ХОБЛ в ассоциации с ИБС, имеют наджелудочковые аритмии, которые являются проявлениями электрической нестабильности миокарда. На это следует обращать пристальное внимание, поскольку их недооценка может способствовать утяжелению течения основного заболевания. К тому же, частота и выраженность аритмий у пациентов с ХОБЛ в ассоциации с ИБС коррелирует с тяжестью хронической обструктивной болезни легких.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акрамова Э. Г. Характеристика нарушений ритма сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких // Клиническая медицина. – 2013. – № 2. – С. 41-44.

2. Данилин А. В., Штейнер М. Л., Штейнер И. И. Структура сопутствующей патологии у пациентов с тяжелой хронической обструктивной болезнью легких в пульмонологическом стационаре // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 3, № 92. – С. 318-322.

3. Игнатова Г. Л., Антонов В. Н., Тихонова Е. В., Блинова Е. В., Шекланова Е. В. Влияние различных форм обострения ХОБЛ на частоту и выраженность нарушений ритма сердца у пациентов с ХОБЛ и ИБС // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 78.

4. Малыш Е. Ю., Овсянников Е. С., Семынина Н. М., Чернов А. В. Состояние вегетативной нервной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией // Врач-аспирант. – 2014. – № 2.1. – С. 186-191.

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких Российского респираторного общества [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://spulmo.ru/upload/federal_klinicheskie_rekomendaciy_hobl.pdf (дата обращения 28.08.2020).

6. Филатова Ю. И., Перфильева М. В., Чернов А. В. Особенности распространенности и структура аритмий у больных хронической обструктивной болезнью легких // Молодой ученый. – 2014. – №5. – 118 с.

7. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Часть I. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал. – 2008. – №2. – С. 58. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelnykh_putey/Hronicheskaya_obstruktivnaya_bolezny_legkih_i_soputstvuyuschie_zabolevaniyaChasty_I_HOBL_i_poragheniya_serdechnososudistoy_sistemy/ (дата обращения 28.08.2020).

8. Шугушев Х. Х., Гурижева М. В., Василенко В. М. Влияние бронхолитической терапии на желудочковые нарушения ритма у больных хронической обструктивной болезнью легких // Региональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – № 5. – С. 63-66.

9. Clayton T. C., Thompson M., Meade T. W. Recent respiratory infection and risk of cardiovascular disease: case-control study through a general practice database // European Heart Journal. – 2008. – Vol. 29, no. 1. – P. 96-103.

10. Fu J-J., McDonald V.M., Baines K.J., Gibson P.G. Airway IL-1β and systemic inflammation as predictors of future exacerbation risk in asthma and COPD // CHEST Journal. – 2015. – Vol. 148, Issue. 3. – P. 618-629.

11. Negewo N.A, Gibson P.G, McDonald V.M. COPD and its comorbidities: Impact, measurement and mechanisms // Asian Pacific Society of Respirology. – 2015. – No. 20. – P. 1160-1171.

12. Zakharchuk N., Nevzorova V., Brodskaya T., Gonchar E. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiovascular Comorbidity // Journal of Lung, Pulmonary & Respiratory Research. – 2018. – No. 3. – P. 3-7.