

НОТИНА Н. И.

**ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР АРИТМИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (СООБЩЕНИЕ 1)**

Аннотация. С целью изучения частоты и характера нарушений ритма сердца у больных лимфопролиферативными заболеваниями проведен ретроспективный анализ историй болезни 20 больных. Наиболее часто определялась множественная миелома, протекающая с секрецией белка, выраженным остеодеструктивным процессом. Из нарушений ритма у мужчин преобладала синусовая аритмия, у женщин – ускоренный синусовый ритм и тахикардия, с одинаковой частотой (10%) отмечались одиночные желудочковые экстрасистолы. У мужчин преобладали блокады правой ножки пучка Гиса, у женщин – локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Ключевые слова: лимфопролиферативные заболевания, нарушения ритма, нарушения проводимости.

NOTINA N. I.

**INCIDENCE AND TYPES OF CARDIAC ARRHYTHMIAS
IN PATIENTS WITH LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES (REPORT 1)**

Abstract. The incidence and types of cardiac arrhythmias in patients with lymphoproliferative diseases were studied. A retrospective analysis of the disease histories of 20 patients was carried out. The most frequent disease was multiple myeloma with protein secretion and severe osteodestructive process. As for the rhythm disturbances, sinus arrhythmia dominated in men, accelerated sinus rhythm and tachycardia – in women. Single ventricular extrasystoles showed the same incidence (10%) in both men and women. The blockade of the right leg of the beam of Gis prevailed in men. Local violations of intraventricular conduction prevailed in women.

Keywords: lymphoproliferative diseases, rhythm disturbances, conduction disorders.

Введение. Распространенность лимфопролиферативных заболеваний варьируется в разных возрастных категориях, странах, имеет гендерные особенности. Так, заболеваемость лимфомой Ходжкина составляет в России, Европе, США – 2,1, 2,2, 2,8 случаев на 100 000 населения соответственно, чаще развивается в 16–35 лет, у женщин. Лимфомой Беркитта мальчики болеют в 3–4 раза чаще девочек. Заболеваемость множественной миеломой составляет около 1% от всех злокачественных опухолей [1].

По первичной локализации лимфопролиферативные заболевания разделяют на 2 группы: 1) возникающие в костном мозге – лейкозы, 2) возникающие в лимфоидной ткани, расположенной вне костного мозга – лимфомы. У больных лимфомой с течением времени

может происходить колонизация костного мозга опухолевыми клетками первичного очага – лимфома с лейкомизацией [2].

К этиотропным факторам развития лимфопролиферативных заболеваний относят ионизирующее излучение, инфекционные агенты, химические канцерогены, неблагоприятную экологическую обстановку, под действием которых иммунocyты подвергаются онкотрансформации. Лимфоидные клетки могут озлокачиваться на любом этапе дифференцировки с дальнейшей пролиферацией клона опухолевых клеток [2]. Доказана связь инфекции *Helicobacter pylori* и МАЛТ-лимфомы желудка [1; 3]. Степень изменений микробиоты желудка отражает морфологическое состояние слизистой оболочки [4]. Также известна [1; 5] способность герпесвирусов разных типов индуцировать лимфопролиферацию, что особенно актуально в связи с их распространенностью [6].

В патогенезе особое место отводится роли онкогенов. Так, для многих В-клеточных опухолей характерно усиление экспрессии клеточного протоонкогена *c-myc*, вызывающего переход лимфоцитов из состояния покоя (G_0) в последующие фазы клеточного цикла. Неконтролируемая экспрессия *c-myc* индуцирует клетки к непрекращающемуся делению [2].

Дальнейшие патогенетические изменения в организме при лимфопролиферативных заболеваниях связаны с ростом и метаболизмом опухоли. Так, подавление опухолевыми клетками функциональной активности нормальных клеток ведет к развитию иммунодефицитного состояния с присоединением бактериальных и вирусных инфекций, аутоиммунных процессов. Выработка аутоантител к эритроцитарным предшественникам в костном мозге приводит к практически их полной гибели и формированию парциальной красноклеточной аплазии с тканевой гипоксией. Лейкемия костного мозга влечет за собой развитие недостаточности кроветворения и цитопении периферической крови. Кроме того, рост опухолевых узлов может вызывать дисфункцию близлежащих органов, приводить к истощению организма [2]. В свою очередь, лечение может также осложняться поражением внутренних органов.

Цель исследования: изучить по данным историй болезни частоту и характер нарушений ритма сердца у больных лимфопролиферативными заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни гематологического отделения ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» (г. Саранск) с сентября по декабрь 2017 г. Критериями отбора историй болезни служили: наличие в заключительном диагнозе указания на наличие лимфопролиферативного заболевания как в виде основного, так и сопутствующего заболевания; проведенное электрокардиографическое исследование. Для дальнейшего исследования было отобрано 20 историй болезни.

Результаты исследования. Распределение мужчин и женщин по историям болезни было одинаковым (1:1). Мужчины находились на лечении в возрасте от 25 до 76 лет, средний возраст – $55 \pm 0,1$ год, женщины от 41 до 80 лет, средний возраст – $67 \pm 0,6$ лет.

При анализе поставленных диагнозов чаще определялась множественная миелома, протекающая с парапротеинемией, протеинурией, выраженным остеодеструктивным процессом, анемией (табл.).

Таблица

Частота лимфопролиферативных заболеваний, абс. (%)

Лимфопролиферативные заболевания	Мужчины	Женщины
Множественная миелома	7 (70%)	6 (60%)
Т-лимфобластная лимфома	2 (20%)	-
Острый миелоидный лейкоз	1 (10%)	-
Острый лимфобластный лейкоз (Т-клеточный)	-	1 (10%)
Хронический лимфолейкоз	-	3 (30%)

Достоверной связи формы лимфопролиферативного заболевания с нарушением образования импульса и/или проводимости сердца выявить не удалось в связи с малым объемом выборки, что планируется к дальнейшему изучению при увеличении числа наблюдений.

Нарушениями ритма по данным электрокардиографического исследования считали те, которые не являлись синусовыми, а так же различные изменения скорости синусового ритма. Общее число нарушений образования импульса в выборке составило 12 (60%): у мужчин – 4, у женщин – 8. В структуре встречаемых нарушений ритма у мужчин преобладала синусовая аритмия (рис. 1), у женщин – ускоренный синусовый ритм и тахикардия (рис. 2), с одинаковой частотой (10%) отмечались одиночные желудочковые экстрасистолы.

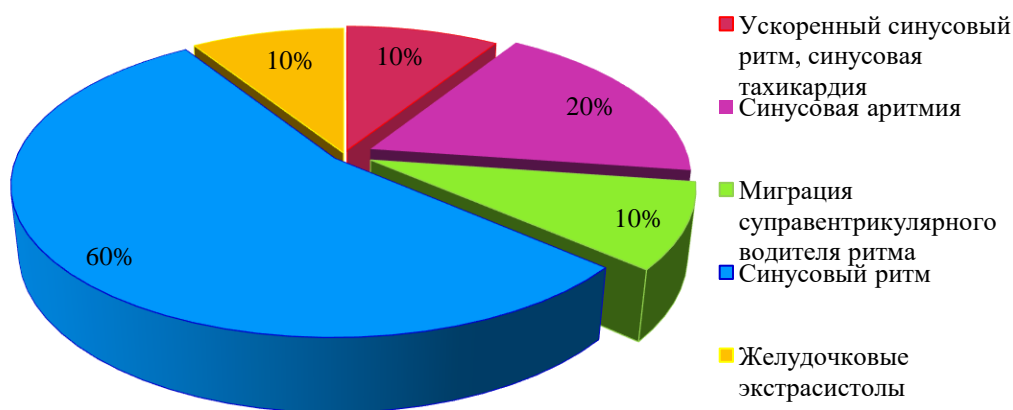


Рис. 1. Результаты электрокардиографического исследования мужчин.

И у мужчин, и у женщин нарушения проводимости наблюдались в 50% случаев: блокады правой ножки, ветвей левой ножки пучка Гиса, локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости. У мужчин преобладали блокады правой ножки пучка Гиса (рис. 3), у женщин – локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости (рис. 4).

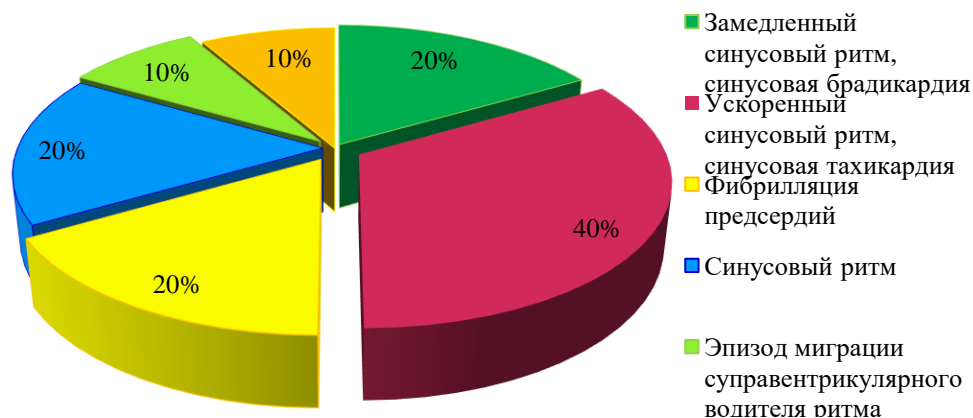


Рис. 2. Результаты электрокардиографического исследования женщин.

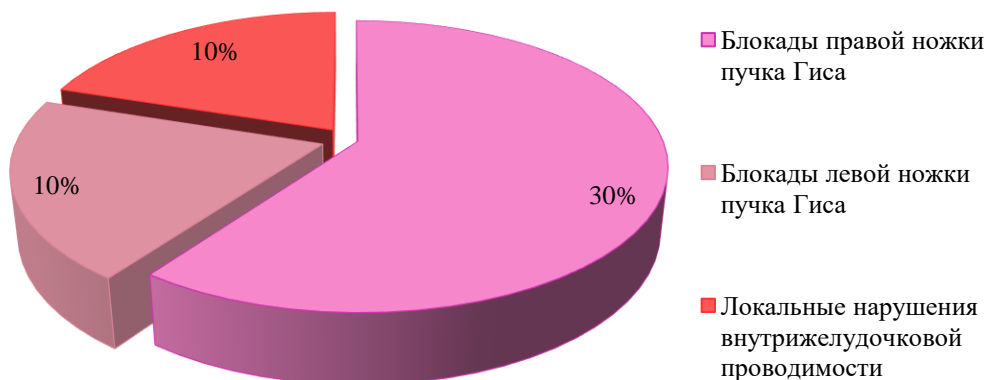


Рис. 3. Результаты электрокардиографического исследования мужчин.

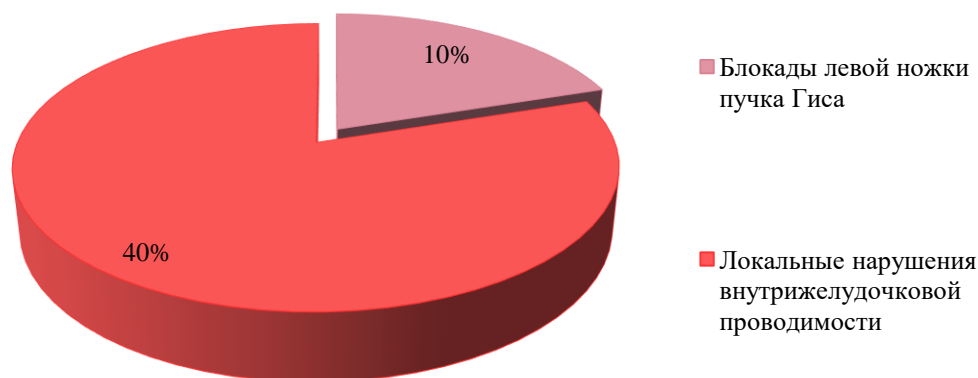


Рис. 4. Результаты электрокардиографического исследования женщин.

Таким образом, анализ историй болезни показал: возраст мужчин, больных лимфопролиферативными заболеваниями, значительно меньше возраста женщин, что косвенно указывает на более раннюю заболеваемость. Чаще диагностировали множественную

миелому, протекающую с парапротеинемией, протеинурией, выраженным остеодеструктивным процессом, анемией. Отмечено преобладание нарушений ритма сердца над нарушениями проводимости. При этом число нарушений образования импульса у женщин (ускоренный синусовый ритм и тахикардия, замедленный синусовый ритм и брадикардия, фибрилляция предсердий) было вдвое больше, чем у мужчин (синусовая аритмия, миграция суправентрикулярного водителя ритма), с одинаковой частотой (10%) отмечались одиночные желудочковые экстрасистолы. Нарушения проводимости и у мужчин, и у женщин наблюдались в 50% случаев: блокады правой ножки, ветвей левой ножки пучка Гиса, локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Для выявления связи формы лимфопролиферативного заболевания с нарушением образования импульса и/или проводимости сердца с определением патогенетических механизмов планируется дальнейшее изучение при увеличении числа наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний / под ред. проф. И. В. Поддубной, проф. В. Г. Савченко. – М., 2016. – 324 с.
2. Колосков А. В. Лимфопролиферативные заболевания. Часть 1. Введение. Классификация. Неходжкинские лимфомы (лекция для врачей и студентов) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/hematology/lymph.shtml>.
3. Маев И. В., Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Кучерявый Ю. А., Заборовский А. В., Парцвания-Виноградова Е. В. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: положения консенсуса Маастрихт V (2015 г.) // Архивъ внутренней медицины. – 2017. – № 7 (2). – С. 85–94.
4. Курусин В. М., Матвеева Л. В. Гендерные различия микробиоты желудка при заболеваниях гастродуоденальной зоны // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 2, вып. 126. – С. 25–29.
5. Шестакова И. В., Ющук Н. Д. Роль вируса Эпштейна-Барр в онкогенезе // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2014. – № 3. – С. 75–86.
6. Матвеева Л. В. Выявляемость маркеров герпесвирусных инфекций при заболеваниях желудка у жителей Республики Мордовия // Вопросы вирусологии. – 2013. – Т. 58, № 3. – С. 46–48.