

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Т.М. Попонина¹, Г.М. Чернявская¹, Н.В. Подоксенова², О.А. Денисова²

¹ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск

²ОГУЗ Томская областная клиническая больница

E-mail: posv@mail.tomsknet.ru

THE INCIDENCE OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH SARCOIDOSIS OF RESPIRATORY ORGANS

T.M. Poponina¹, G.M. Chernyavskaya¹, N.V. Podoxenova², O.A. Denisova²

¹Siberian State Medical University, Tomsk

²Tomsk Regional Clinical Hospital

В открытое проспективное исследование включены 25 больных с саркоидозом органов дыхания обоего пола (12 женщин и 13 мужчин), в возрасте от 20 до 40 лет. Всем пациентам были проведены клинико-рентгенологическое обследование, а также спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография с тканевой доплерографией, суточное мониторирование ЭКГ. У части пациентов (12%) была проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда. Клинические проявления поражения миокарда были выявлены у 7 пациентов (28%). У всех обследуемых отсутствовали изменения при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ). При проведении суточного мониторирования ЭКГ изменения были выявлены у 23 (92%) пациентов. Результаты исследования показали, что суточное мониторирование ЭКГ должно быть включено в стандарт обследования пациентов с саркоидозом органов дыхания независимо от наличия или отсутствия кардиальных жалоб.

Ключевые слова: саркоидоз органов дыхания, нарушения ритма и проводимости, суточное мониторирование электрокардиограммы.

In an open prospective study 25 patients with sarcoidosis of respiratory organs of both sexes (12 women and 13 men) were included, aged from 20 to 40 years. All patients were carried out clinical and X-ray examination, as well as spiral computer tomography of the chest, echocardiography with tissue Doppler, daily ECG monitoring. Some patients (12%) received single-photon emission computer tomography of myocardium. Clinical manifestations of myocardial lesions were found in 7 patients (28%). All the subjects didn't have any changes in the registration of an electrocardiogram (ECG). In carrying out daily monitoring of ECG changes were detected in 23 (92%) patients. The results showed that daily ECG monitoring should be included in the standard evaluation of patients with sarcoidosis of respiratory organs, regardless of the presence or absence of cardiac complaints.

Key words: sarcoidosis of respiratory organs, arrhythmias and conduction impairments, daily monitoring of the electrocardiogram.

Введение

Саркоидоз – заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся появлением в органах и тканях неказеозных эпителиоидно-клеточных гранулем. В последние годы повышается интерес к внелегочным локализациям саркоидоза, в частности, к поражению сердца [1–5]. Точные цифры распространенности саркоидоза сердца среди больных саркоидозом и в общей популяции неизвестны. Причины этого – преобладание латентного течения, неспецифичность симптомов, трудности морфологической верификации. По данным литературы, доля саркоидоза среди причин смерти больных саркоидозом колеблется от 13% в США до 78% в Японии [6]. Основные причины летального исхода при кардиосаркоидозе – прогрессирующая сердечная недостаточность, желудочковые аритмии и нарушения проводимости [7].

Целью исследования явилось изучение частоты нарушений ритма сердца у больных с саркоидозом органов дыхания при проведении суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Материал и методы

В открытое проспективное исследование были включены 25 больных с саркоидозом органов дыхания обоего пола (12 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет. У 16 больных (64%) диагностирована 2-я стадия саркоидоза органов дыхания, у 8 пациентов – 1-я стадия, генерализация процесса (без учета поражения сердца) отмечена у 1 пациента (4%). Саркоидоз был впервые диагностирован у 18 пациентов (72%). Всем пациентам были проведены клинико-рентгенологическое исследование, а также спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография с тканевой доплерографией, суточное мониторирование (СМ) ЭКГ с помощью носимого комплекса “Валента” (МН-02-8, г. Санкт-Петербург). У части пациентов (12%) проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда. Для выявления как латентных, так и клинически проявляющихся вариантов кардиосаркоидоза все больные были разделены на две группы. Первую группу состави-

ли пациенты 20–40 лет с впервые выявленным саркоидозом органов дыхания, отсутствием кардиальных жалоб и документированной патологии сердца в анамнезе; вторую – пациенты с обязательным наличием кардиальной симптоматики (вне зависимости от ее предполагаемого генеза, возраста, длительности анамнеза и предшествующей терапии). В первую и во вторую группы вошло соответственно 18 и 7 человек. Главными критериями исключения пациентов из исследования были возраст старше 40 лет и наличие другой документированной патологии сердца. Статистическую обработку проводили с помощью пакета STATISTICA 6,0 for Windows. Различия оценивались по критерию Вилкоксона, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Проверка на нормальность распределения количественных данных проводилась с использованием критерия согласия Колмогорова–Смирнова. Для анализа нормально распределенных количественных признаков при сравнении двух независимых выборок применяли критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления поражения миокарда присутствовали у 7 пациентов (28%): жалобы на ощущения перебоев в работе сердца – у 2 пациентов (33%), учащенные сердечбиения – у 2 пациентов (30%), кардиалгии – у 3 пациентов (37%); рисунок 1. Жалоб не предъявляли 18 пациентов (72%). У всех обследуемых отсутствовали изменения при проведении одномоментной электрокардиографии. При СМЭКГ изменения электрокардиограммы были выявлены у 23 (92%) пациентов (рис. 2). Сочетание желудочковых аритмий и нарушений проводимости (желудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени) наблюдалось у 40% пациентов, у 8% был выявлен тахикардальный синдром (средняя дневная частота сердечных сокращений более 90 уд./мин на фоне синусовой (дыхательной) аритмии), у 52% – комбинация наджелудочковой аритмии и нарушений проводимости (наджелудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени). Из 18 пациентов, не предъявлявших жалоб, изменения при СМЭКГ найдены у 17 человек. У 3 (17%) пациентов были зарегистрированы желудочковые экстрасистолы IV класса (Lown B., Wolf M.); у 13 пациентов (77,5%) – желудочковая экстрасистолия I класса (Lown B., Wolf M.). У 1 пациента (5,5%) зарегистрирован эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST до – 2 мм в отведении V5, длительностью 2 мин, не связанный с физической или эмоциональной нагрузкой. Из 7 пациентов, предъявлявших кардиальные жалобы, у двух не были выявлены нарушения ритма сердца при СМЭКГ, у 5 пациентов были зарегистрированы редкие наджелудочковые экстрасистолы в сочетании с неполной блокадой правой ножки п. Гиса.

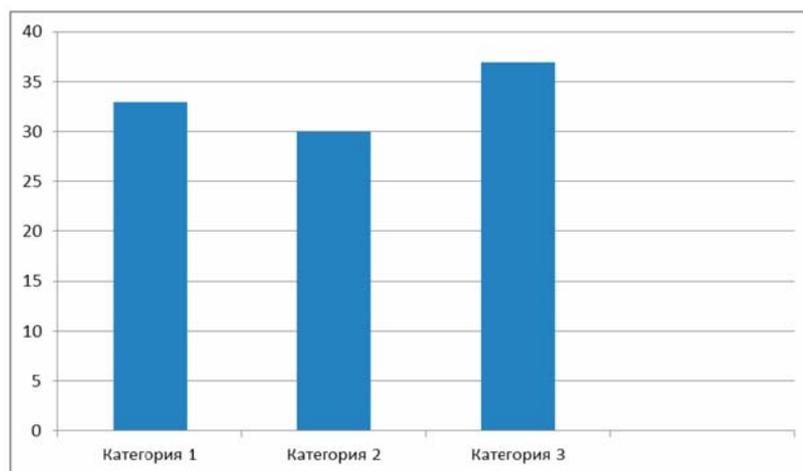


Рис. 1. Клинические проявления поражения миокарда: 1 – жалобы на ощущение перебоев в работе сердца (33%); 2 – учащенные сердечбиения (30%); 3 – кардиалгии (37%)

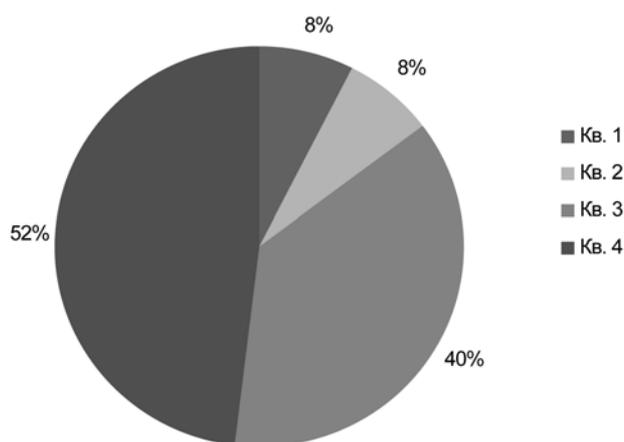


Рис. 2. Изменения электрокардиограммы при суточном мониторинге ЭКГ: Кв. 1 – отсутствуют изменения ЭКГ – 8%; Кв. 2 – тахикардальный синдром (средняя дневная ЧСС > 90 уд./мин на фоне синусовой аритмии) – 8%; Кв. 3 – сочетание желудочковых аритмий и нарушений проводимости (желудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени) – 40%; Кв. 4 – сочетание наджелудочковой аритмии и нарушений проводимости (наджелудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени выраженности) – 52%

Заключение

В диагностике нарушений ритма сердца и проводимости, которые часто встречаются у пациентов с саркоидозом органов дыхания, ведущую роль играет суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, в связи с чем суточное мониторирование ЭКГ должно быть включено в стандарт обследования пациентов с саркоидозом органов дыхания независимо от наличия или отсутствия кардиальных жалоб.

Литература

1. Иванова Д.А., Борисов С.Е., Недоступ А.В. и др. Поражения сердца при саркоидозе: клинические особенности, влияние стероидной терапии // Проб. туб. – 2009. – № 2. – С. 22–28.
2. Kim J.S., Judson M.A., Donnino R. et.al. Cardiac sarcoidosis // Am. Heart J. – 2009. – Vol. 157 (1). – P. 9–21.
3. Интерстициальные болезни легких : практич. рук. / под ред. Н.А. Мухина. – Литера, 2007. 432 С.
4. Алекса В.И., Шатихин А.И. Практическая пульмонология. – 2005. – С. 524–533.
5. Клинические рекомендации: пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2005.
6. Duke C., Rosenhal E. Sudden death caused by cardiac sarcoidosis in childhood // J. Cardiowacs. Electrophysiol. – 2002. – Vol. 13. – P. 939–942.
7. Саркоидоз: от гипотезы к практике / под ред. А.А. Визеля. – Казань : Фэн, 2004.

Поступила 13.08.2011