

СТАРЧЕСКАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ И ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

С.В. Бессонова

Рязанский областной клинический госпиталь ветеранов войн

На основании анализа проведенных исследований выявления сопутствующей патологии при старческой эмфиземе легких сделаны выводы, что не установлено существенного различия в частоте выявления сочетания ИБС со СЭЛ и у больных ХОБЛ. У пациентов со СЭЛ, по сравнению с пациентами ХОБЛ, чаще отмечается патология желудочно-кишечного тракта.

В процессе старения развивается возрастная патология, увеличивается вероятность возникновения многих болезней. Число диагностируемых заболеваний у одного и того же больного повышается с каждым десятилетием. Среди них особенно следует подчеркнуть заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата, диабет [3, 8, 10].

Диагностика болезней у людей старших возрастных групп требует иных подходов, является более сложной и трудоемкой. Это связано с полиморбидностью патологии, скрытым и атипичным течением болезней, возрастными изменениями, при которых степень тяжести поражения организма часто не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания [4].

Сопутствующая патология при старческой эмфиземе легких (СЭЛ) в литературе не освещена.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе Рязанском областного клинического госпиталя ветеранов войн. В исследование было включено 100 мужчин старше 75 лет, госпитализированных в первое терапевтическое отделение, не куривших, без профессиональных вредностей, не страдавших хроническими заболеваниями легких. Контрольную группу составили 50 больных с хроническими обструктивными болезнями легких. Возраст исследованных варьировал в пределах 76-87 лет, при этом средний возраст пациентов со старческой эмфиземой легких составил 77.96 ± 0.82 года, контрольной группы - 76.5 ± 0.6 лет.

Диагноз эмфиземы легких был установлен при рентгенографии органов грудной полости. В рентгенологическом изображении для старческой эмфиземы легких характерно увеличение площади легочных полей, повышение их прозрачности, обеднение легочного рисунка, уплощение, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы [1, 2].

Исследование сердечно – сосудистой системы проводилось по данным электрокардиографии (ЭКГ), ультразвукового исследования (УЗИ) сердца, аорты, холтеровского мониторирования ЭКГ. Болезни органов пищеварения изучали по протоколам фиброгастродуоденоскопии (ФГС), фиброколоноскопии (ФКС), ирригоскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости.

При статистической обработке материала оценивались основные статистические параметры: средняя арифметическая величина ($\bar{x}$), среднее квадратическое отклонение (s), 95%-ные доверительные интервалы ($\min$ - $\max$), коэффициенты вариаций (cv , в %).

Результаты и их обсуждение

Целью данного исследования явилось установление частоты сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта у пациентов со старческой эмфиземой легких. Изучение сочетания СЭЛ и ишемической болезни сердца (ИБС) проводилось у пациентов со стенокардией I-II функциональных классов (в соответствии с Российскими рекомендациями комитета экспертов, 2003). Исключены лица, перенесшие инфаркт миокарда, с постоянной формой мерцательной аритмии.

Согласно литературным данным, у 91,9% больных ХОБЛ диагностируется ишемическая болезнь сердца [5, 10]. Сочетание СЭЛ и ИБС в нашем исследовании установлено у 90% обследованных, из них у – 98% стенокардия II функционального класса. В контрольной группе больных ХОБЛ также в 90% установлен диагноз ИБС со стенокардией.

Нарушения ритма и проводимости выявлены у пациентов со СЭЛ в 84,4% случаев. Нарушение ритма: наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы в 39,5% от общего числа аритмий. Наджелудочковые экстрасистолы регистрировались в 46,7%, желудочковые – в 26,7%, пароксизмальная форма мерцательной аритмии у 40% больных.

Нарушение проводимости выявлено у 46 обследованных, что составляет 60,5% случаев от зарегистрированных нарушений ритма и проводимости. Установлены: блокада правой ножки пучка Гиса - 17,4 % (полная блокада правой

ножки пучка Гиса – 25%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 75%). Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса диагностирована у 39,1%. Бифасцикулярная блокада (блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса и блокада правой ножки пучка Гиса) установлена в 26,1% случаев.

Во всех случаях анализа ЭКГ отсутствовали признаки легочной гипертензии: нет увеличения зубца Р во 2 и 3 отведениях.

Сравнительные данные частоты выявления ИБС с нарушением ритма и проводимости у пациентов со старческой эмфиземой легких и хроническим обструктивным бронхитом представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота выявления ИБС с нарушением ритма и проводимости у пациентов со старческой эмфиземой легких и хроническим обструктивным бронхитом

Нозологическая единица	Наджелудочковая экстрасистолия	Желудочковая экстрасистолия	Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий	Блокада левой ножки пучка Гиса	Блокада правой ножки пучка Гиса	Бифасцикулярная блокада	Атрио-вентрикулярная блокада I степени
СЭЛ	46,7	26,7	40,0	39,1	17,4	26,1	26,1
ХОБЛ	25,0	37,0	18,8	28,6	57,1	0	14,3

Таким образом, частота сочетания ИБС со стенокардией при СЭЛ и ХОБЛ одинакова и составляет 90%, что согласуется с литературными данными. При проведении сравнительного анализа частоты встречаемости нарушения ритма и проводимости при сочетании ИБС и СЭЛ, и ХОБЛ и ИБС не выявлено существенного различия при регистрации блокады левой ножки пучка Гиса (39,1 и 28,6%), атриовентрикулярной блокады I степени (39,1 и 28,6%), желудочковой экстрасистолии (26,7 и 37%). В то же время выявлены существенные различия при регистрации блокады правой ножки пучка Гиса, суправентрикулярной экстрасистолии, пароксизмальной формы трепетания и фибрилляции предсердий. Блокада ПНПГ чаще встречается в группе пациентов с ХОБЛ и ИБС (57,1%), чем в группе СЭЛ и ИБС (17,4%). Наджелудочковая экстрасистолия и пароксизмальная форма мерцательной аритмии чаще зарегистрированы при сочетании СЭЛ и ИБС (46,7 и 25%; 40 и 18,8% соответственно).

Результаты проведенных исследований, касающихся сочетания патологии органов дыхания и пищеварения, являются неоднозначными [6]. Частота взаимосвязанных изменений в бронхолегочном аппарате и гастродуоденальной зоне составляет, по заключениям разных авторов от 8,4% до 100% [7]. Различными авторами описывается изменение функции печени, поджелудочной железы, язвенная болезнь, хронический гастрит, дуоденит и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки при эмфиземе лёгких, сопровождающей ХОБЛ.

У пациентов со СЭЛ заболевания ЖКТ установлены у 76% обследованных, по сравнению с больными ХОБЛ, где частота встречаемости составила 50%. Два и более заболевания ЖКТ при СЭЛ обнаруживались у 40% больных, при ХОБЛ у

20%.

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв желудка и 12-перстной кишки. Язвенной болезнью страдает 6-10% взрослого населения, при этом преобладает дуоденальная язва по сравнению с желудочной. В молодом возрасте чаще встречается язва 12-перстной кишки, в старшем возрасте – язва желудка [8]. У пациентов со СЭЛ по данным анамнеза язвенная болезнь развивалась в молодом и зрелом возрасте (30-40 лет). В 80% случаев выявлялась язва луковицы 12-перстной кишки. У пациентов отмечались редкие рецидивы и отсутствовали осложнения. В контрольной группе пациентов с ХОБЛ язвенная болезнь встречается в 10% случаев, что согласуется с данными литературы (10,2%).

Хронический гастрит: гастрит с субатрофией антрального отдела, атрофический гастрит, пангастрит выявлен при СЭЛ и ХОБЛ в одинаковом проценте случаев, что составляет 93,3%. Частой причиной развития хронического гастрита является дуоденогастральный рефлюкс [8], в нашем исследовании он выявлен при СЭЛ у 33% обследованных, у пациентов с ХОБЛ в 13% случаев.

Эрозии желудка, при которых одними из этиологических факторов являются: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, приводящие к гипоксемии органов и тканей, в том числе и слизистой гастродуоденальной области [6, 8]. Дуоденогастральный рефлюкс, диагностированы у 23% при СЭЛ, при ХОБЛ у 10%. В нашем исследовании существенных различий выявления ГПОД между группами пациентов со СЭЛ и ХОБЛ не выявлено. При СЭЛ ГПОД встречается в 8%, при ХОБЛ – 4% случаев.

Не выявлено существенного различия частоты выявления рефлюкс-эзофагита при СЭЛ и ХОБЛ. Рефлюкс-эзофагит диагностирован у 10% обследованных при СЭЛ и у 7% обследованных при ХОБЛ.

У 20% обследованных и 10% при СЭЛ и ХОБЛ выявлено сочетание хронического гастрита и ГПОД, а также хронического гастрита и дуоденогастрального рефлюкса соответственно. Сочетание хронического гастрита, ГПОД и дуоденогастрального рефлюкса установлено у 13% при СЭЛ и у 7% у пациентов с ХОБЛ, что указывает на общность в развитии данных заболеваний.

Существенного различия выявления ЖКБ при СЭЛ и ХОБЛ не получено. ЖКБ встречается при СЭЛ в 23%, а в группе больных ХОБЛ в 19%. Часто описываемое при хроническом обструктивном бронхите поражение печени (гепатит) при СЭЛ не выявлено в нашем исследовании.

При ультразвуковой визуализации хронический холецистит при СЭЛ выявлен у 38% обследованных. Данная патология часто сочеталась с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим дуоденитом. У 65% пациентов отмечалось атипичное и бессимптомное течение заболевания. встречаемости хронического холецистита у больных, страдающих ХОБЛ, показатели составили 20%, что также соответствует литературным данным и подтверждено результатами собственного исследования.

Выявлены различия между частотой встречаемости полипов желудка и кишечника в группах СЭЛ и ХОБЛ. При сравнении этих данных частота встречаемости полипов в группе больных с СЭЛ значительно выше (11%) по сравнению с таковой в группе больных ХОБЛ (4%). Сведений о встречаемости полипов при ХОБЛ в литературе не найдено.

Дивертикулы пищевода, толстого кишечника чаще диагностированы в нашем исследовании при СЭЛ, что составило 17% против 4% при ХОБЛ.

Выводы

1. У пациентов со СЭЛ, как и у больных с ХОБЛ, не установлено существенного различия в частоте выявления сочетания ИБС со стенокардией, что составляет 90% в группах обследованных. Однако при СЭЛ чаще были выявлены: наджелудочковая экстрасистолия (46,7%), пароксизмальная форма мерцательной аритмии (40%), бифасцикулярная блокада (26,1%), атриовентрикулярная блокада I степени (26,1%).

2. У пациентов со СЭЛ, по сравнению с пациентами ХОБЛ, чаще отмечается патология желудочно-кишечного тракта: хронический холецистит установлен у 38%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 35%, дуоденогастральный рефлюкс – 33%, эрозивный гастрит – 23%, дивертикулы пищевода, кишечника – 17%, полипы желудка, толстого кишечника – 11%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.В. Роль компьютерной томографии в количественной оценке эмфиземы легких у больных ХОБЛ / А.В. Аверьянов, Г.Э. Поливанов // Пульмонология. – 2006. - №5. - С.97-104.
2. Власов П. В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / П. Власов. – М., 2006. - С.65-77.
3. Дворецкий Л.И. Ведение пожилого больного / Л.И. Дворецкий. – М.: Литтерра, 2005. – 215с.
4. Доршакова Н.В. Пульмонология / Н.В. Доршакова, Т.А. Карапетян // Библиотека врача общей практики.- Петрозаводск, 2004.-Ч.1. - С.219-220.
5. Зарембо И.А. Хронические обструктивные болезни легких у пожилых и старых пациентов / И.А Зарембо // Клиническая геронтология. – 2005. - № 5. – С. 46-51.
6. Липатова Т.Е. Особенности поражения желудка при хроническом бронхите: клиничко-биохимические и морфологические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Е. Липатова.- Саратов; 1996.- 24с.
7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окороков. - М.: Мед. литература, 2001. - С.49-60.
8. Sevenoaks M. Chronic obstructive pulmonary diseases, inflammation and co-morbidity – a common inflammatory phenotype? / M. Sevenoaks, R. Stockley // Respir. Res.-2006.-Vol.7.-P.70.
9. Soriano IB. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care / IB Soriano // Chest.-2005.-Vol.128.-P.2099-2117.
10. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A.G. Agusti [et al.] // Eur.Respir.J.-2005.-Vol.21.-P.347-360.

THE SENILE EMPHYSEME OF THE LUNGS AND THE FREQUENCY OF REVEALING OF THE ACCOMPANYING PATHOLOGY

S.V. Bessonova

The analysis of the results of research carried out with the aim to investigate the pathologies accompanying old age pulmonary emphysema allowed to make conclusions that there is no difference in the frequency of identification of combination of coronary heart disease with old age pulmonary emphysema and in patients who suffer from chronic obstructive lung disease. Patients who have old age pulmonary emphysema in comparison with patients who suffer from chronic obstruction lung disease have a pathology of gastroenteric tract more often.