

ние уравнения множественной регрессии. Это позволяет оценить риск развития летального исхода в течение ближайших двух лет у больных ХОБЛ при наличии декомпенсации ХЛС.

Выводы

1. В качестве критериев прогнозирования развития и прогрессирования НК, наступления летального исхода у больных ХОБЛ предложен комплекс доступных и легко воспроизводимых предикторов, включающих клинико-анамнестические данные, показатели ФВД, газового состава крови и легочной гемодинамики.

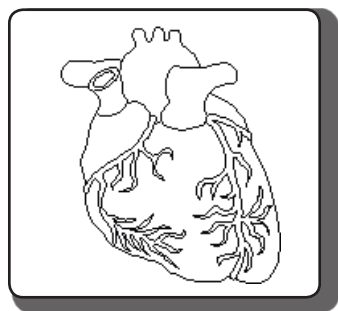
2. Использование данных критериев позволяет выделить пациентов ХОБЛ в группу больных, угрожаемых по раннему развитию НК, своевременно назначить корригирующую терапию, что улучшит течение и прогноз заболевания.

3. Алгоритм двухлетней выживаемости больных ХОБЛ позволяет выявить и количественно оценить прогностические критерии летального исхода у конкретного больного, которые необходимо учитывать при

динамическом наблюдении за пациентом с декомпенсированным ХЛС, рассчитать вероятность наступления летального исхода при развитии недостаточности кровообращения.

Л и т е р а т у р а

1. Гельцер Б.И., Куколь Л.В., Пупышев А.В. // Тер. архив. 2002. №3. С. 80-85.
2. Куколь Л.В., Кондрашова Н.М., Фрисман Е.Я. // Тез. докл. XI Национального конгресса по болезням органов дыхания. 1999. С. 199.
3. Чучалин А.Г., Шмелев Е.И. // Рус. мед. журнал. 2001. Т.9, №1. С. 9-32.
4. Чучалин А.Г., Овчаренко С.И. // Врач. 2004. №5. С. 4-9.
5. Овчаренко С.И., Лещенко И.В. // Рус. мед. журнал. 2003. Т.11, №4. С. 160-163.
6. Anto J.M., Vermeire P., Vestbo J. et al. // Eur. Respir. J. 2001. Vol. 17, №5. P. 982-994.
7. Vestbo J., Hogg J.C // Thorax. 2006. Vol. 61, №1. P. 86-88.



УДК 616.127 - 005.4. - 072.7 - 06:616.24 - 008.4

В.И. Павленко

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее распространенной сопутствующей патологией хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). По данным эпидемиологических и клинических исследований, ХОБЛ в сочетании с ИБС составляет около 62% в структуре заболеваемости больных старших возрастных групп. В возникновении этих заболеваний большую роль играют общие факторы риска и общность некоторых звеньев патогенеза [1, 2, 5]. Эта проблема особенно актуальна в климатогеографических условиях Приамурья, где клиника ХОБЛ отличается более тяжелым течением. Многие авторы высказываются о значительных трудностях в диагностике ИБС, в частности стенокардии, у больных ХОБЛ в связи с отсутствием четких корреляций между клинической картиной ИБС и результатами инструментальных методов исследований. Течение ИБС на

фоне ХОБЛ характеризуется высокой частотой безболе-вой ишемии миокарда (БИМ), составляя от 48 до 84,4% [3, 4, 6]. Важность своевременной диагностики атипичных вариантов стенокардии у больных ХОБЛ обусловлена прежде всего тем, что они наиболее часто встречаются при ранних формах ИБС или, напротив, в прединфарктном состоянии, и эти пациенты практически не получают раннюю адекватную терапию.

Целью нашего исследования явилась оценка клинических и электрокардиографических (ЭКГ) признаков стенокардии и ее эквивалентов у больных ХОБЛ в стадии обострения с различной степенью тяжести.

Материалы и методы

Нами обследовано 56 больных ХОБЛ, бронхитического типа, в стадии обострения. Из них мужчин — 44 чел., женщин — 12 чел. с продолжительностью заболевания

от 4 до 20 лет. Средний возраст обследованных составил $48,8 \pm 3,8$ лет, индекс курильщика (ИК) — $24 \pm 3,8$ пачек/лет, стаж курильщика — $13,7 \pm 6,5$ лет. В зависимости от степени бронхиальной обструкции больные были разделены на 3 группы: 1 группа (20 больных) — с легкой степенью тяжести, 2 группа (22 больных) — со средней степенью тяжести, 3 группа (12 больных) — с тяжелой степенью. Достоверных различий в возрасте пациентов, продолжительности заболевания между группами не было.

Диагноз выставлялся на основании клинико-инструментальных методов обследования, согласно стандартам по диагностике и лечению больных ХОБЛ (2006), рекомендаций по диагностике и лечению стабильной стенокардии ВНОК (2004).

Для выявления ишемии и нарушений ритма проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру (СМ ЭКГ) на аппарате «Кардиотехника-4000» с программным обеспечением. При мониторировании регистрировали 3 модифицированных отведения V_4 , V_6 , J , соответствующие отведениям V_4 , V_6 , AVF стандартной ЭКГ. Тренды сегмента ST расценивали как ишемические при его горизонтальном или косонисходящем снижении, а также подъеме на 1 мм и более через 0,08 с от точки j продолжительностью не менее 1 мин. Ведение пациентами дневников самоконтроля позволило отдельно оценивать болевую и безболевую ишемию миокарда. Больные с ранее документированной ИБС и нарушениями ритма из обследования исключались. Математическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ «Statistika 4.3».

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что у больных 1 группы ведущей жалобой были кашель и одышка, которые проявлялись при физической нагрузке. Среди кардиальных жалоб зарегистрированы: кратковременное учащение сердцебиения — у 10 больных (50%), перебои в работе сердца — у 3 больных (15%), кратковременные боли в области сердца стенокардитического характера — у 4 больных (20%). Эпизоды онемения левой руки выявлены у 3 больных (15%). Выявленные жалобы были связаны с эмоциональными и физическими нагрузками. У больных 2 группы ведущей жалобой также были одышка и кашель. Кардиальные жалобы в виде кратковременного сердцебиения и перебоев в работе сердца выявлены у 15 больных (68,1%), боли стенокардитического характера — у 12 больных (54,5%), причем у 8 больных (36,6%) имелось сочетание кардиальных жалоб. Выявленные жалобы были связаны с эмоциональными и/или физическими нагрузками. У 6 больных (27,2%) отмечались кратковременные эпизоды онемения левой руки, 2 больных (9,1%) предъявляли жалобы на приступы удушья при нагрузке. В 3 группе больных обострение заболевания сопровождалось выраженной одышкой, кашлем, которые сочетались с жалобами на учащение сердцебиения, перебоями в работе сердца у всех больных (100%) как при физической нагрузке, так и в покое. Жалобы на боли в сердце предъявляли 7 больных (58,3%). У 8 больных (66,6%) имелось сочетание кардиальных жалоб. Онемения левой руки отмечались у 6 больных (50%), приступы удушья при нагрузке — у 4 больных (33,3%).

Резюме

В последние десятилетия имеется тенденция к постарению населения планеты, что ведет к увеличению числа лиц с сочетанной патологией внутренних органов. Взаимное сочетание бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваний может приводить к раннему развитию и ускоренному прогрессированию кардиореспираторных осложнений. Важность своевременной диагностики коронарной патологии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) обусловлена прежде всего тем, что ишемическая болезнь сердца у данной группы больных чаще протекает в виде безболевой ишемии миокарда. В работе изучены особенности проявления и диагностики стенокардии у 54 больных ХОБЛ с различной степенью тяжести.

V.I. Pavlenko

INTERRELATION OF CLINICAL AND ELECTROCARDIOGRAPHY SIGNS OF ANGINA PECTORIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

Summary

During the last several decades there is a tendency to aging of planet population that leads to the increasing amount of patients with combined pathology of internal organs. Combination of bronchopulmonary and cardiovascular diseases may results in early development and progressing life-threatening cardiorespiratory complications. Significance of timely diagnosis of coronary pathology in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is first of all conditioned by the fact that ischemic heart disease has painless myocardium ischemia (PMI) course in the given group of patients. The peculiarities of manifestations and diagnosis of angina pectoris in 54 patients with (COPD) of different severity were studied in the presented study.

По результатам СМ ЭКГ в 1 группе больных эпизоды ишемии миокарда (ЭИМ) регистрировались у 10 больных (50%). При этом эпизоды коронарной боли, которые сочетались с ишемическими изменениями (ИИ) на ЭКГ, выявлены у 2 больных (10%) и в основном были связаны с физической или эмоциональной нагрузкой, у 4 больных (20%) болевой синдром не сопровождался ИИ на ЭКГ. БИМ выявлена у 2 больных (10%) на фоне нарушения сердечного ритма и у 2 больных (10%) на фоне онемения левой руки. Количество эпизодов БИМ миокарда в течение суток составило в среднем $2,54 \pm 0,92$ с, средней продолжительностью $3,2 \pm 0,65$ мин. Во 2 группе больных ЭИМ зарегистрированы у 14 больных (63,6%). ИИ на ЭКГ сочетались с коронарными болями у 4 больных (18,1%). У 4 больных (18,1%) кардиальные боли, по данным СМ ЭКГ, ЭИМ не сопровождалось. У 2 больных (9,1%) имелось сочетание болевой и безболевой ишемии миокарда. БИМ выявлена у 1 больного (4,5%) с тахикардией, у 3 больных (13,6%) с нарушениями ритма, у 3 больных (13,6%) с онемением левой руки, у 1 больного (4,5%) с удушьем. Количество эпизодов БИМ в течение суток составило в среднем $5,24 \pm 0,8$ с, сред-

ней продолжительностью $5,4 \pm 0,85$ мин. В 3 группе больных ЭИМ по данным СМ ЭКГ, выявлены у всех больных (100%). У 4 больных (33,3%) стенокардитические боли сочетались с ЭИМ, у 3 больных (33,3%) имелось сочетание как болевой, так и безболевой ишемии миокарда. У 2 больных (16,6%) кардиальные жалобы эпизодами ишемии миокарда, по данным СМ ЭКГ, не сопровождалась. У 4 больных (33,3%) БИМ сочеталась с нарушениями сердечного ритма, онемением левой руки, удушьем, у 2 больных (16,6%) — с тахикардией, нарушением ритма и удушьем. Количество эпизодов БИМ в течение суток составило в среднем $9,084 \pm 0,62$ с, средней продолжительностью $10,05 \pm 0,45$ мин.

Проба с физической нагрузкой (ВЭМ-проба) была выполнена 14 больным с недоказанной стенокардией по данным СМ ЭКГ. У 4 больных ВЭМ-проба была прекращена из-за развития приступа удушья и отказа от дальнейшего ее проведения. Типичное ишемическое снижение сегмента ST, по данным ВЭМ-пробы, было выявлено у 6 больных.

В результате исследования установлено, что во всех группах обследованных больных частота встречаемости типичной стенокардии 1-2 функционального класса (ФК) достоверно не отличалась ($p > 0,05$). Безболевое течение стенокардии достоверно чаще регистрировалось у больных с тяжелым течением ХОБЛ в сравнении с легкой и средней степенью тяжести ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) и сочеталось с эквивалентами стенокардии. У данной группы больных отмечалось также достоверное увеличение количества эпизодов и продолжительности БИМ ($p < 0,001$ и $p < 0,05$ соответственно). Мы не получили достоверных различий в частоте БИМ между больными легкой и средней степенью тяжести ХОБЛ ($p > 0,05$), однако у больных со средней степенью тяжести ХОБЛ количество эпизодов и продолжительность БИМ достоверно отличалась от больных с легким течением ХОБЛ ($p < 0,001$ и $p < 0,05$ соответственно). Нами установлено, что коронарные боли не всегда сочетались с признаками

ми ИМ на ЭКГ, а ИМ на ЭКГ с болевым синдромом, что затрудняет раннюю диагностику стенокардии. По нашим данным, типичный коронарный синдром сопровождался ИИ на ЭКГ у 11 больных (20,3%), у 10 больных (18,5%) болевой синдром ИИ на ЭКГ не сопровождался. БИМ выявлена у 24 больных при СМ ЭКГ и у 6 больных при проведении ВЭМ-пробы, что составило 55,5% от обследованных больных. В результате проведенного исследования диагноз стабильной стенокардии был установлен впервые у 35 больных ХОБЛ (64,8%). У остальных больных убедительных признаков наличия стенокардии не обнаружено, а болевой синдром, нарушения ритма, учащение сердцебиения нами расценены как проявления миокардиодистрофии.

Выводы

1. С целью ранней диагностики ИБС у больных ХОБЛ необходим тщательный анализ выявленных жалоб и своевременное проведение СМ ЭКГ, ВЭМ-пробы. При сборе анамнеза следует особое внимание обращать не только на типичные коронарные жалобы, но и выявлять эквиваленты стенокардии.

2. По мере прогрессирования ХОБЛ достоверно чаще регистрируется безболевое течение стенокардии.

3. Больных с БИМ необходимо относить в группу риска с целью верификации коронарной недостаточности и своевременного назначения адекватной антиишемической терапии.

Л и т е р а т у р а

1. Беленков Ю.Н. // Кардиология. 1996. №1. С. 4-11.
2. Козлова Л.И. // Пульмонология. 2001. №2. С. 9-12.
3. Палеев Н.Р., Черейская Н.К., Кольцуй С.С. и др. // Клиническая медицина. 1999. №2. С. 53-60.
4. Чичерина Е.Н., Малых С.В. // Кардиология. XXI век: Тез. докл. Всерос. науч. конф. СПб., 2001. С. 137.
5. Чучалин А.Г. // Тер. архив. 1997. №3. С. 5-9.
6. Behar S., Panosh A., Reicher-Reiss H. et al. // Amer. J. Med. 1992. Vol. 93.3, P. 637-64.

