

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ

УДК 616.12—005.4+616.24—002.2—08

Поступила 26.05.2009 г.



Н.Ю. Григорьева, к.м.н., ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии¹;
Е.Г. Шарабрин, д.м.н., профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии¹;
А.Н. Кузнецов, д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской и поликлинической терапии¹;
К.В. Мазалов, зав. кардиологическим отделением²

¹ Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород;

² Городская клиническая больница №5, Н. Новгород

Цель работы — изучение особенностей клинической картины у больных хронической стабильной стенокардией напряжения и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) для улучшения ранней диагностики сочетанной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1267 историй болезни пациентов. Сопутствующая ХОБЛ выявлена у 352 обследованных (27,8%). В соответствии с выбранными критериями проведено сравнение двух групп. 1-ю (исследуемую) составили больные ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с ХОБЛ (n=251). Во 2-ю (контрольную) включены больные (n=656) только стабильной стенокардией.

Результаты. В 1-й группе типичные для стенокардии жалобы на боли в грудной клетке предъявляли 130 обследованных (51,8%), боли отсутствовали у 121 (48,2%). О наличии инспираторно-экспираторной одышки упомянули 180 пациентов (71,7%). Жалобы на сердцебиения были у 152 (60,5%). Среди пациентов 2-й группы наиболее часто встречалась жалоба на боли в груди ангинозного характера — у 510 (77,7%), реже наблюдались одышка смешанного типа — у 329 (50,2%) и сердцебиения — у 186 (28,4%).

Заключение. Среди госпитализированных в кардиологическое отделение больных хронической ИБС почти у трети (у 27,7%) имеется сопутствующая ХОБЛ. Высокая частота сочетания рассматриваемых заболеваний, формирование ИБС на фоне уже имеющейся ХОБЛ, а также общность патогенетических механизмов обосновывают необходимость трактовать ХОБЛ не только как сопутствующую патологию, но и как фактор риска развития ИБС, отрицательно модифицирующий ее течение.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия, одышка.

English

Ischemic heart disease and attendant chronic obstructive disease of lungs: new view of a combined flow

N.Yu. Grigorieva, c.m.s., assistant of a faculty and polyclinic therapy chair¹;
E.G. Sharabrin, MD, professor, head of a radial diagnosis and radial therapy chair¹;
A.N. Kuznetsov, MD, professor, head of a faculty and polyclinic therapy chair¹;
K.V. Mazalov, head of cardiologic department²

¹ Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod;

² City clinical hospital №5, N. Novgorod

Aim of work is a study of the clinical picture peculiarities in patients with a stable stenocardia of tension and attendant chronic obstructive disease of lungs (ChODL) for a combined pathology early diagnosis improvement.

Materials and methods. A retrospective analysis of 1267 case histories of patients is made. An attendant ChODL is revealed in 352 examined patients (27.8%). A comparison of two groups is made according to selected criteria. The patients with IHD combined with ChODL were in the first (investigating) group (n=251). The patients (n=656) with a stable stenocardia only were included into the second (control) group.

Results. The typical for stenocardia complaints to pains in chest were from 130 examined patients (51.8%), the pains were absent in 121 patients (48.2%) in the first group. 180 patients (71.7%) complained of inspiratory-expiratory dyspnea. The complaints to palpitation were in 152

Для информации: Григорьева Наталья Юрьевна, тел. раб. 8(831)438-98-19, тел. моб. +7 905-667-40-96; e-mail: grigoreva28@mail.ru

patients (60.5%). A complaint to pains in breast of anginal character was more frequently encountered in 510 patients (77.7%) among the 2nd group patients; a mixed dyspnea was rarely observed in 329 patients (50.2%) and a palpitation was in 186 patients (28.4%).

Conclusion. There is an attendant ChODL in almost third (27.7%) of the hospitalized in a cardiologic department patients with a chronic IHD. A high rate of the considered diseases, the IHD forming at the background of a present ChODL and the common pathogenetic mechanisms as well substantiates a necessity to interpret a ChODL not only as an attendant pathology, but as a risk factor of IHD development, negatively modifying its flow.

Key words: chronic obstructive disease of lungs, ischemic heart disease, stable stenocardia, dyspnea.

Проблема клинической диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) неоднократно обсуждалась в отечественной и зарубежной литературе, однако единства мнений по этому вопросу до сих пор не достигнуто. Принимая во внимание высокую частоту комбинации этих заболеваний (18,7—53,3%) [1, 2], а также выраженную тенденцию к росту заболеваемости ХОБЛ, следует ожидать и увеличения случаев коморбидной патологии: ИБС и ХОБЛ [3, 4]. Такой неутешительный прогноз обуславливает необходимость ранней и точной диагностики сочетанной патологии, прежде всего на основании клинической картины, которая будет определяться, по всей видимости, степенью взаимного влияния ИБС и ХОБЛ.

Цель исследования — изучение особенностей клинической картины у больных хронической стабильной стенокардией напряжения и сопутствующей ХОБЛ для улучшения ранней диагностики сочетанной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1267 историй болезней пациентов стабильной стенокардией напряжения, находившихся на лечении в 4-м кардиологическом отделении МЛПУ «Городская клиническая больница №5» Н. Новгорода в период с 2007 по 2008 гг. Сопутствующая ХОБЛ обнаружена у 352 пациентов, что составило 27,8% от общего количества госпитализированных в отделение больных.

Диагноз стабильной стенокардии устанавливался на основании общепринятых критериев [5]. Использована классификация ИБС по ВОЗ (1979) с поправками ВКНЦ АМН СССР (1984). Сердечная недостаточность оценена по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964). Диагноз ХОБЛ определялся в соответствии с признаками, изложенными в Международной программе «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ» (GOLD, 2006) [6]. Степень дыхательной недостаточности (ДН) определялась по выраженности одышки (А.Г. Дембо, 1957).

Критериями включения в исследование были: стабильная стенокардия не выше III функционального класса (ФК), сопутствующая ХОБЛ с дыхательной недостаточностью не выше II степени вне обострения. Не включались больные нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда, перенесенным в течение последних 5 мес, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью выше III ФК, ДН более II степени, ХОБЛ в стадии обострения, другими заболеваниями легких, а также острыми воспалительными и онкологическими заболеваниями.

На основании вышеизложенных условий было отобрано 907 историй болезни пациентов стабильной стенокардией. Сопутствующая ХОБЛ выявлена у 251 обследованного (27,7%).

1-ю (исследуемую) группу составили 251 больной ИБС и сопутствующей ХОБЛ, из них женщин — 103 (41%), мужчин — 148 (59%). Средний возраст исследуемых — 62,1±10,4 года (от 38 до 92 лет). Длительность течения ИБС — 6,2±4,6 года (от 1 до 18 лет), ХОБЛ — 13,6±6,2 года (от 3 до 35 лет). Стабильная стенокардия I ФК была у 2 (0,8%), II ФК — у 89 (35,5%), III ФК — у 160 пациентов (63,7%). Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 156 обследованных (62,7%), артериальная гипертензия — у 210 (83,6%). Суточное ЭКГ-мониторирование проведено 240 больным (95,6%); исследование функции внешнего дыхания (ФВД) — всем пациентам.

Во 2-ю (контрольную) группу включены больные только стабильной стенокардией (n=656). Среди них женщин — 330 (46,7%), мужчин — 377 (53,3%). Средний возраст — 60,6±9,8 года (от 32 до 93 лет). Длительность заболевания — 7,8±5,4 года (от 2 лет до 23 лет). Стабильная стенокардия I ФК наблюдалась у 16 (2,4%), II ФК — у 267 (40,7%), III ФК — у 373 пациентов (56,9%). Инфаркт миокарда в анамнезе был у 301 (45,9%), артериальная гипертензия — у 459 исследуемых (70,0%). Суточное ЭКГ-мониторирование выполнено 232 больным (92,4%); ФВД исследована у 106 человек (42,1%).

Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M — среднее значение; σ — среднее квадратичное отклонение. Распределения вариантов изучаемых параметров были нормальными или близкими к таковому, что позволило применить параметрические критерии для статистического анализа. Выборка из 907 пациентов была достаточной, чтобы иметь 90% шанс обнаружения достоверной разности всех изучаемых параметров при 5% уровне значимости ($p < 0,05$) с применением непарного t -критерия.

Результаты. В 1-й группе (ИБС и ХОБЛ) типичные для стенокардии жалобы на боли в грудной клетке предъявляли 130 обследованных (51,8%), боли отсутствовали у 121 пациента (48,2%), о наличии инспираторно-экспираторной одышки упомянули 180 пациентов (71,7%), жалобы на сердцебиения были у 152 (60,5%), наличие хронического кашля отмечено у 10 обследованных (4,0%), однако дальнейшего объяснения эта жалоба не получила ($p = 0,039, 0,012, < 0,001, < 0,001$ соответственно).

Среди пациентов 2-й группы (ИБС) наиболее часто встречалась жалоба на боли в груди ангинозного ха-

Сравнение показателей суточного ЭКГ-мониторирования и ФВД у больных исследуемых групп ($M \pm \sigma$)

Показатель	1-я группа (ИБС и ХОБЛ), n=251	2-я группа (ИБС), n=298	p
Количество суправентрикулярных экстрасистол, абс. число	620,7±186,4	324,6±93,1	0,011
Количество желудочковых экстрасистол, абс. число	473,5±67,4	261,4±63,1	0,014
Максимальное снижение сегмента ST, мм	2,23±0,36	1,73±0,48	0,033
Длительность эпизодов ишемии миокарда, мин	41,09±3,96	23,71±5,46	0,012
Безболевая ишемия, абс. число (%)	54 (21,5)	79 (11,2%)	<0,001
ЖЕЛ, % от д.в.	78,6±6,7	87,2±4,7	0,043
ФЖЕЛ, % от д.в.	74,8±8,5	78,1±8,7	0,734
ОФВ1, % от д.в.	65,7±3,9	79,0±7,8	0,009
ОФВ1/ЖЕЛ, % от д.в.	59,3±5,7	68,9±3,8	0,021
ПОС, % от д.в.	46,1±6,2	63,4±5,8	<0,001

Примечания: ЖЕЛ — жизненная емкость легких; ФЖЕЛ — форсированная ЖЕЛ; ОФВ1 — объем форсированного выдоха за первую секунду; ПОС — пиковая объемная скорость выдоха; д.в. — должная величина.

рактера — у 510 (77,7%), реже наблюдались одышка смешанного типа — у 329 (50,2%) и сердцебиения — у 186 больных (28,4%). Хронический непродуктивный кашель был отмечен у 3 пациентов (0,5%). По данным первичной документации причину кашля установить не удалось.

Результаты инструментальных методов обследования пациентов обеих групп приведены в таблице.

Обсуждение. Вопрос о распространенности ХОБЛ широко обсуждается в литературе. По данным многочисленных исследований, заболеваемость ХОБЛ находится в пределах 2—6,9%, что трактуется как относительно невысокий уровень [6, 7]. Однако ряд авторов полагают, что реальное число выше, объясняя это недооценкой симптомов и гиподиагностикой заболевания [3, 4, 6].

По нашим данным, ХОБЛ у больных ИБС диагностируется в 27,7% случаев, что, на наш взгляд, является весьма внушительной цифрой. ИБС развилась на фоне уже диагностированной ХОБЛ у 170 пациентов (67,7%). У 81 пациента (32,3%) этой группы ХОБЛ выявлена только при поступлении в стационар и в первичной документации нет каких-либо указаний на время развития симптомов легочного заболевания, что не исключает вероятность гиподиагностики.

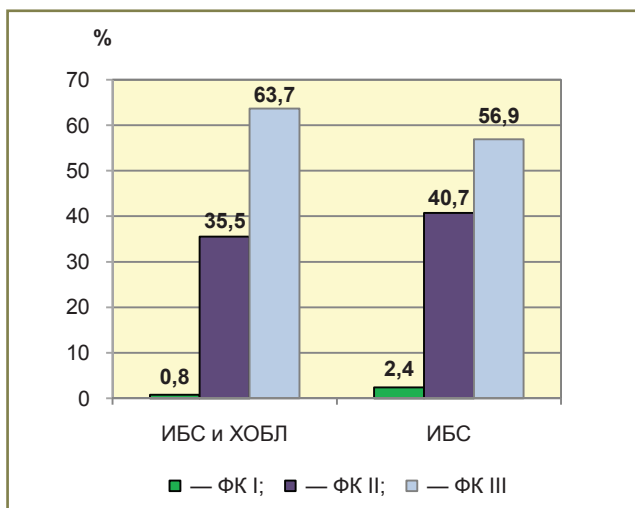
Принимая во внимание высокую частоту сочетания рассматриваемых заболеваний, а также данные литературы и результаты собственных исследований об общности патогенетических механизмов ИБС и ХОБЛ (активация свободно-радикальных реакций, дисфункция эндотелия и др.), мы считаем, что ХОБЛ следует оценивать не только как сопутствующую па-

тологию, но и как фактор риска развития ИБС, наряду с курением, артериальной гипертензией и рядом других заболеваний [3, 8, 9].

Проведенное исследование выявило значительные изменения клинической картины у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ. Прежде всего, модифицировались характер и частота жалоб. У больных сочетанной сердечно-легочной патологией достоверно чаще ведущей жалобой была одышка, а не классические ангинозные боли. Механизм возникновения одышки, по всей видимости, у них был комплексным. Безусловно, имел место легочный компонент, связанный с морфологическими изменениями бронхов, их сужением и развитием гипоксии и ДН разной степени выраженности [10]. Очевидно, присутствовал и сердечный компонент, который оценивался как эквивалент стенокардии и/или признак сердечной недостаточности [10, 11].

Нарушение физиологической последовательности сокращения левых отделов сердца при изменениях ритма, которые у больных ИБС и ХОБЛ встречались более чем в два раза чаще, чем при ИБС, приводило к десинхронизации левых отделов сердца, увеличению конечного диастолического давления левого желудочка и появлению одышки [12].

Изменился характер течения основного заболевания. У больных ИБС с сопутствующей ХОБЛ отмечено более частое развитие безболевого формы ишемии — по этой причине реже выявлялись жалобы на ангинозные боли. Механизмы появления безболевого ишемии миокарда до настоящего времени не получили точного объяснения [13, 14]. Ряд авторов считают, что появление безболевого формы обусловлено фун-



Функциональные классы стабильной стенокардии у больных исследуемых групп

функциональным состоянием миокарда левого желудочка и возникает у лиц с более выраженными расстройствами сократительной функции сердечной мышцы [13]. Другие исследователи среди возможных причин называют хроническую гипоксемию, которая, развиваясь при нарушении бронхиальной проходимости, повышает порог болевой чувствительности [14]. Факторами, приводящими к возникновению безболевого ишемии, называют также преходящие нарушения перфузии, метаболизма, функции и электрической активности сердечной мышцы [15, 16].

Ишемия миокарда, в том числе и безболевого, была более выражена в 1-й группе (ИБС и ХОБЛ), что нашло отражение в достоверном увеличении смещения сегмента ST, удлинении эпизодов ишемии по сравнению со 2-й группой (ИБС). У пациентов 1-й группы наблюдалось достоверно большее число инфарктов миокарда в анамнезе. Также отмечалась тенденция к увеличению функционального класса стабильной стенокардии, что свидетельствовало о нарастании тяжести состояния у больных ИБС и ХОБЛ (см. рисунок).

Заключение. Среди госпитализированных в кардиологическое отделение больных хронической ИБС почти у трети (у 27,7%) имеется сопутствующая ХОБЛ.

Высокая частота сочетания рассматриваемых заболеваний, формирование ИБС на фоне уже имеющейся ХОБЛ, а также общность их патогенетических механизмов обосновывают необходимость трактовать ХОБЛ не только как сопутствующую патологию, но и как фактор риска развития ИБС, отрицательно модифицирующий ее течение от клинических проявлений до прогноза.

Такой подход обуславливает важность ранней диагностики ХОБЛ и ее активного лечения на начальных стадиях, а также предупреждения обострений, что позволит замедлить развитие как ХОБЛ, так и ИБС.

Литература

1. Харламов В.В., Чупахина В.А., Пордников А.И. О частоте ишемической болезни сердца у больных хроническим бронхитом. В кн.: Коронарная болезнь сердца. Красноярск; 1982; с. 132—137.
2. Палеев Н.Р., Черейская Н.К. Ранняя диагностика ишемической болезни сердца у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких. Тер архив 1999; 9: 52—56.
3. Авдеев С.Н., Баймаканова Г.Е. Стратегия ведения кардиологического пациента, страдающего ХОБЛ. Кардио-пульмонологические взаимоотношения. Сердце 2007; 6(6): 305—309.
4. Хронические обструктивные болезни легких. Под ред. А.Г. Чучалина. СПб; 1998; 512 с.
5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Приложение 2004; с. 28.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Last updated 2006. www.goldcopd.org.
7. Gingter C., Wilm S., Abholz H. Is COPD a rare disease? Prevalence and identification rates in smokers aged 40 years and over within general practice in Germany. Fam Pract 2009; 26(1): 3—9.
8. Задонченко В.С., Нестеренко О.И., Погонченкова И.В. и др. Коррекция эндотелиальной дисфункции у больных хроническим легочным сердцем ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. Сердечная недостаточность 2007; 1(7): 8—13.
9. Gan W.Q., Man S.F., Senthilselvan A., Sin D.D. The association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis. Thorax 2004; 59: 574—580.
10. Мухарлямов Н.М. Легочное сердце. М: Медицина; 1973; 201 с.
11. Палеев Н.Р., Черейская Н.К., Кольцун С.С. Роль велоэргометрии в комплексной диагностике ИБС у больных с ХОБЛ. Клиническая медицина 1999; 9: 18—21.
12. Козлова Л.И. Хронические обструктивные заболевания легких и ишемическая болезнь сердца: некоторые аспекты функциональной диагностики. Пульмонология 2001; 2: 9—12.
13. Алёхин М.Н., Божьев А.М. Возможности стресс-ЭКГ с тредмилом в оценке безболевого ишемии миокарда у больных ИБС. Кардиология 2000; 11: 13—16.
14. Верткин А.Л., Мартынов И.В. Безболевого ишемии миокарда. М; 1995; 31 с.
15. Черненко Е.А., Черненко Р.А., Жуков Г.В., Бондарчук Н.А. Выявление безболевого ишемии миокарда с помощью суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Вестник аритмологии 2000; 17: 76—77.
16. Lopaschuc G. Regulation of myocardial metabolism under normal and ischemic conditions. Potential for pharmacological intervention. Cardiovascul Res 1997; 33: 243—257.