

**ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И УРОВНЯ ГИПОКСЕМИИ
ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ**

Salaeva Muborak Saidobdullaevna

доцент кафедры внутренние болезни №2 и эндокринологии,
Ташкентская медицинская академия.
Тел.+998(97)711-70-98. Salaeva.66@mail.ru

Tagaeva Mavjuda Xalmatovna

доцент кафедры внутренние болезни №2 и эндокринологии,
Ташкентская медицинская академия.
Тел.+998(97)706-26-64

Kulkaraev Abdisalim Karimovich

ассистент кафедры повышения квалификации врачей,
Ташкентская медицинская академия.
Тел. +998(99) 322-19-35.abdisalimkulkaraev@gmail.com

Tursunova Minavara Ulugbekovna

ассистент кафедры внутренние болезни №2 и эндокринологии,
Ташкентская медицинская академия.
Тел. +998(91) 190-55-49. minavvar.tursunova@mail.ru

Аннотация

Оценка уровня PaO_2 у больных ХОБЛ (хронические обструктивные болезни легких) дает возможность диагностировать проявления хронической дыхательной недостаточности (ХДН) в зависимости от степени тяжести. Результаты клинического исследования отмечено, что у больных ХОБЛ с утяжелением степени течения заболевания нарастает степень кардиореспираторных нарушений, что характеризуется нарушениями ритма (76,6%) и гипертрофией правого отдела сердца (23,4%) и наличием R -pulmonale (55,3%), и с выраженностью гипоксемических проявлений.

Ключевые слова: хронические обструктивные болезни легких, нарушение ритма сердца, гипоксемия.

Актуальность

В медицине всегда существовали заболевания, больше всего снижающие уровень общего здоровья, работоспособности и продолжительности жизни больного. Наряду с онкологическими заболеваниями и инфарктом миокарда ХОБЛ являются, по выражению акад. РАМН А.Г.Чучалина, «горячими точками клинической медицины» (2).

По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. ХОБЛ займет третье место в мире среди причин, обуславливающих высокую смертность (ЕРО, 2001). Причем, за последнее десятилетие XX века летальность при ХОБЛ выросла на 28% (3).

При ХОБЛ часто отмечаются эмоциональные расстройства: больные испытывают пессимизм, безнадежность, безысходность, депрессию, распространенность которой встречается у 42–74% числа обследованных. По поводу причин депрессии у больных ХОБЛ существуют различные мнения: с одной стороны, это социальные проблемы, порожденные заболеванием, – потеря интереса и невозможность выполнения привычной работы, материальные проблемы, связанные с нетрудоспособностью, адаптационные сложности в семье и коллективе и т.д., с другой – физиологические факторы, такие как хроническая гипоксия головного мозга (2). Гипоксемия приводит к физиологическим последствиям: диспноэ, снижению толерантности к физическим нагрузкам, нарушению психоэмоциональной сферы, легочной гипертензии, легочному сердцу, нарушениям сердечного ритма, вторичному эритроцитозу, нарушению КЖ больного (4).

ХОБЛ характеризуется неуклонным прогрессированием бронхиальной обструкции, что ведет к постепенной утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции, нарастанию симптоматики болезни и снижению качества жизни пациентов (5,6,8,9).

Изменения на ЭКГ при хронической обструктивной болезни легких: синусовая тахикардия определялась у 42,8% больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС, постоянная форма фибрилляции предсердий — у 19,0%, политопная предсердная тахикардия — у 14,3% и миграция водителя ритма по предсердиям — у 4,7%. При изолированных АГ и ИБС синусовая тахикардия наблюдалась статистически достоверно реже, чем при их сочетании с ХОБЛ: в 4,0% и 18,8% случаев соответственно (1).

Несмотря на то, что патофизиологической особенностью ХОБЛ является увеличение работы дыхания за счет бронхиальной обструкции и гиперинфляции легких, одышка у таких больных зависит еще и от эмоциональных и ситуационных факторов. Следовательно, на нее могут влиять волнение, депрессия, огорчения, страх и т.д. (10). Таким образом, одышка при физической нагрузке также может частично обуславливаться беспокойством и утомлением (7).

Вместе с тем, недостаточно изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными данными, характеризующими тяжесть течения хронической обструктивной болезнью легких.

Цель исследования

Настоящей работы явилось изучение взаимосвязь электрокардиографическое изменение и уровня гипоксемия от степени тяжести у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы

В стационаре обследованы 46 больных хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст – 48,6 лет). Стаж болезни по хронической обструктивной болезнью легких составлял, в среднем, 15,4 лет. Для оценки кислород –

транспортной системы крови и показатели кислотно – щелочного равновесия: pH крови, буферные основания (ВВ, моль/л), сдвиг буферных оснований (ВЕ), стандартный бикарбонат (SB) у 96 больных ХОБЛ и 107 больных БА включенных в исследование микрометодом Аструп в артериализованной крови исследовали напряжение кислорода (pO_2 мм рт ст), напряжении углекислого газа (pCO_2 мм рт ст), насыщение крови кислородом (O_2 , %).

Результаты и обсуждение

Отмечено, что с утяжелением степени тяжести со II к IV у больных ХОБЛ в 1,6 раза чаще ($с\ 47,2 \pm 8,3$ до $76,6 \pm 6,2\%$, $p < 0,01$) возникают нарушения ритма сердца, в 2,8 раза чаще диагностируется отклонение оси сердца вправо ($с\ 8,3 \pm 4,6$ до $23,4 \pm 6,2\%$, $p < 0,05$), в 10 раз ($с\ 5,5 \pm 3,8$ до $55,3 \pm 7,2\%$, $p < 0,001$) чаще выявляется P-pulmonale и в 4,4 раза ($с\ 8,3 \pm 4,6$ до $36,2 \pm 7,0\%$, $p < 0,001$) — гипертрофия правого желудочка (S-тип).

Таблица 1. Характеристика электрокардиографическое изменение от степени тяжести у больных ХОБЛ (в %)

Степени тяжести	Наруш. ритм сердца	Отклон. оси вправо	Отклон. оси влево	P-pulmonale	ГПЖ S-тип	ГПЖ R-тип	БПНП (неполной)	ГЛЖ	Дистр. измен. в миокар.
II-ст. n=36	17 $47,2 \pm 8,3$	3 $8,3 \pm 4,6$	9 $25,0 \pm 7,2$	2 $5,5 \pm 3,8$	3 $8,3 \pm 4,6$	—	5 $13,9 \pm 5,8$	5 $13,9 \pm 5,8$	34 $94,4 \pm 3,8$
III-ст. n=19	13 $68,4 \pm 10,8$	3 $15,8 \pm 8,4$	3 $15,8 \pm 8,4$	2 $10,5 \pm 7,0$	3 $15,8 \pm 8,4$	—	1 $5,3 \pm 5,1$	3 $15,8 \pm 8,4$	15 $78,9 \pm 9,4$
IV-ст. n=47	36 $76,6 \pm 6,2$	11 $23,4 \pm 6,2$	2 $4,2 \pm 2,9$	26 $55,3 \pm 7,2$	17 $36,2 \pm 7,0$	—	5 $10,6 \pm 4,5$	5 $10,6 \pm 4,5$	39 $83,0 \pm 5,5$
P1-2	<0,2	>0,2	>0,2	>0,5	>0,2	—	>0,2	>0,5	<0,2
P1-3	<0,01	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	—	>0,5	>0,5	<0,05
P2-3	>0,5	>0,2	<0,2	<0,001	<0,05	—	>0,2	>0,5	>0,5

Оценка уровня PaO_2 у больных ХОБЛ дает возможность диагностировать проявления хронической дыхательной недостаточности (ХДН) (табл. 2) в зависимости от степени тяжести. Результатами исследования отмечено, что у больных ХОБЛ II степени в 1,6 раза реже диагностируется ХДН I степени с уровнем гипоксемии от 60 до 79 мм.рт.ст. У больных ХОБЛ IV степени лишь у 25,0% не диагностируется проявления ХДН и уровень PaO_2 превышает 80 мм.рт.ст. у 50,0% больных диагностируется I степени ХДН, у 15,0% – II степени ХДН (PaO_2 от 40 до 59 мм.рт.ст.) и у 10,0% – III степени ХДН (PaO_2 менее 40 мм.рт.ст.).

Таблица 2 Характеристика уровня гипоксемия у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести

Степени тяжести	PaO_2 мм рт.ст.			
	≥ 80	$\geq 60 < 79$	$\geq 40 < 59$	< 40
II-ст. n=35	20 $57,1 \pm 8,4$	11 $31,4 \pm 7,8$	4 $11,4 \pm 5,4$	—
III-ст. n=20	6 $30,0 \pm 10,5$	10 $50,0 \pm 11,4$	3 $15,0 \pm 8,2$	1 $5,0 \pm 5,0$
IV-ст. n=40	10 $25,0 \pm 6,8$	20 $50,0 \pm 7,9$	6 $15,0 \pm 5,6$	4 $10,0 \pm 4,7$
P1-2	<0,05	<0,2	>0,5	<0,001
P1-3	<0,01	<0,1	>0,5	<0,001
P2-3	>0,5	>0,5	—	<0,5

В числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты

Выводы

Анализ клинического течения ХОБЛ показал, что с усугублением степени кардиореспираторных нарушений, что характеризуется нарушениями ритма (76,6%) и гипертрофией правого отдела сердца (23,4%) и наличием P-pulmonale (55,3%), различной степени гипоксемии и с выраженностью гипоксемических проявлений происходит более выраженное снижение с утяжелением степени заболевания.

Литература

- 1.Акрамова Э.Г. Характеристика нарушения ритма сердца у больных Хронические обструктивные болезни легких // Клиническая медицина. – 2013. -№3. С. 34-40.
- 2.Сенкевич Н.Ю. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких. Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. -М. Бином. - 2000. - С. 171-191.
- 3.Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания // Проблемы туберкулеза. – 2002. - № 5. - С. 55-61.
4. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Безлепко А.В., Добрых В.А.. Применение альмитрина при хронической дыхательной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. - 2005. - №2. – С. 92-100.
- 5.Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких //Терапевтический архив. - 1999. - №12. - С. 74-78.
6. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. Москва. -2003. -С. 6-33.
7. Carrieri-Kohlman V.et al. Dyspnea Coping Strategies in Korean Immigrants With Asthma or Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Journal of Transcultural Nursing 25(1):60-69. January 2014. OI:10.1177/1043659612472709. PubMed
8. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illness //Monaldi Arch Chest Dis. -1994. -Vol. 49(1). -P. 79-82.
9. Jones. P.W. Health status, quality of life and compliance //Eur. Respir. Rev. -1998. -Vol. 8(56). -P. 243-246.
10. Sweer L¹, Zwillich C W. Dyspnea in the patient with chronic obstructive pulmonary disease. Etiology and management // Clin Chest Med. -1990 Sep;11(3):417-45.