

ПЕРЕБІГ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ

Г.А. Ігнатенко, І.В. Мухін, Ю.О. Іванченко, О.М. Кошелева
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) і хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) є найбільш частими захворюваннями сучасного людства [1, 2, 4]. Перебіг кожного з них поодиночі досить ретельно вивчений. Між тим, захворювання, що перебігають в умовах коморбідності мають певні особливості клініко-інструментальних проявів [3, 6, 7].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконувалося згідно з основним планом НДР Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і є фрагментом планової наукової теми кафедри пропедевтичної і внутрішньої медицини «Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситерапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології» (№ держреєстрації 0108U009884).

Мета дослідження полягала в аналізі особливостей перебігу гіпертензивного синдрому у хворих з ХОЗЛ.

Матеріал та методи дослідження

Для досягнення мети дослідження було обстежено 250 хворих на ХОЗЛ, серед яких до подальшого дослідження відібрано 76(30,4%) гіпертензивних пацієнтів з ХОЗЛ віком від 45 до 65 років (середній вік $55,3 \pm 2,6$ років). Діагностику і лікування АГ проводили у відповідності до сучасних рекомендацій ВООЗ (1996 р.), європейської і української асоціації кардіологів [5]. Наявність АГ встановлювали при значеннях систолічного АТ ≥ 140 мм рт. ст. і діастолічного АТ ≥ 90 мм рт. ст. Діагностику ХОЗЛ проводили у відповідності до наказу МОЗ України №128 від 12.03.2007 року та положень, сформульованих в документі GOLD.

Критерії включення до дослідження: «м'яка» АГ 1-2 стадії та 1-2 ступеня, ХОЗЛ 1-2 стадії при стабільному перебігу. Критеріями не включення до дослідження були: вторинний (симптоматичний)

характер гіпертензії, гострий коронарний синдром і інфаркт міокарда в анамнезі, стенокардія напруги, постійна фібриляція передсердь, вади серця, хронічна серцева недостатність (ХСН) III стадії за NYHA, АГ 3 стадії і 3 ступеня, порушення функції щитоподібної залози, період інфекційного загострення ХОЗЛ, наявність бронхообструктивного синдрому.

В процесі проведення дослідження використаний комплекс методів дослідження: ЕКГ спокою (6/12 каналний електрокардіограф «Bioset» 8000, Німеччина), холтеровське моніторування ЕКГ і тиску крові (кардіомонітори «Cardio Tens» фірми «Meditech», (Угорщина) і «Кардиотехника» - 04-АД-3(М), «Incant» (Росія)).

Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми для статистичного аналізу «Statistica 6».

Отримані результати та їх обговорення

Як виявилося, клінічний перебіг гіпертензивного синдрому у хворих з ХОЗЛ характеризується головним болем (у 73,7%), запамороченням (у 42,1%) і нудотою (у 18,4%), тривогою (у 55,3%), серцебиттям (у 77,6%) і перебоями в роботі серця (у 30,3%).

У гіпертензивних хворих з ХОЗЛ найчастіше зустрічалася надшлуночкова (42,1%) і шлуночкова екстрасистолічна аритмія (32,9%). Пароксизмальна форма фібриляції передсердь була встановлена за допомогою холтеровського моніторування ЕКГ у 19,7% хворих. Більш половини хворих мали вихідну синусову тахікардію (67,1%), а у 27,6% за даними ЕКГ зареєстровано синусову аритмію.

Як виявилося, 1-й і 2-й класи за класифікацією Lown-Wolf в модифікації Ryan M. спостерігалися у 32,0 і 32,0% хворих (рис. 1).

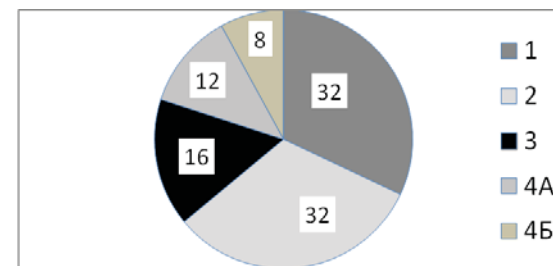


Рис. 1. Частота класів шлуночкових порушень ритму за Lown-Wolf в модифікації Ryan M. у гіпертензивних хворих з ХОЗЛ.

Примітка. На рисунку наданий відсоток до загальної кількості хворих з шлуночковою екстрасистолією (n=25).

Друге місце займав 3-й клас (16,0%). Проте у 12,0 і 8,0% визначалися життя небезпечні 4А і 4Б класи шлуночкових порушень.

У 46,1% досліджених хворих встановлено ЕКГ-ознаки ізольованої гіпертрофії лівого передсердя, у 32,9% - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка і у 31,6% - ознаки поєднаної гіпертрофії лівих відділів серця. Гіпертрофія правого передсердя зустрічалася у 21,1% хворих, правого шлуночка – у 18,4%, а поєднана гіпертрофія правих відділів серця – у 14,5%. Крім того, у 27,6% була наявною гіпертрофія тільки передсердь, а у 22,4% - гіпертрофія тільки шлуночків. У хворих з АГ ознаки гіпертрофії лівого передсердя являють собою найбільш ранні (початкові) етапи ремоделювання серця у відповідь на підвищений системний тиск крові. Гіпертрофія лівого шлуночка є більш пізньою реакцією ремоделювання серця у такої категорії хворих. Між тим, морфологічні зміни правих відділів серця, які є наслідком ХОЗЛ з'являються пізніше, не дивлячись на довший тривалий період захворювання.

При дослідженні показників добових коливань тиску крові виявилось, що мала місце помірна систоло-діастолічна АГ з переважанням тиску крові в денні часи (табл. 1).

Таблиця 1

Деякі показники добової варіабельності артеріального тиску крові у гіпертензивних хворих на ХОЗЛ (M±m)

Показники	Хворі (n=76)
Середній добовий систолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	166,8±3,0
Середній добовий діастолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	105,2±2,7
Середній денний систолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	162,1±2,3
Середній денний діастолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	102,±2,4
Середній нічний систолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	155,4±4,5
Середній нічний діастолічний АТ, M±m, мм рт. ст.	98,0±3,6
Середній добовий пульсовий АТ, M±m, мм рт. ст.	64,7±2,0
Систолічний індекс часу	63,4±0,7
Діастолічний індекс часу	60,0±1,2

При аналізі типів добової варіабельності АТ виявилось, що (табл. 2) у більшості досліджуваних (46,1%) виявлялася переважно денна гіпертензія і недостатнє (неоптимальне) зниження тиску крові вночі (тип Non-dipper).

Таблиця 2

Динаміка типів добової варіабельності АТ у гіпертензивних хворих з ХОЗЛ (M±m)

Типи добової варіабельності АТ	Хворі (n=76)
Dipper	17(22,4%)
Non-dipper	35(46,1%)
Over-dipper	6(7,9%)
Night-peaker	18(23,7%)

Тільки 22,4% мали добові коливання, що наближували їх до фізіологічної категорії Dipper. У 23,7% мав місце тип Night-peaker, наявність якого свідчить про переважно нічну гіпертензію, яка за систолічними і діастолічними величинами перевищує денну. Таким чином, досліджувану когорту хворих можна умовно розподілити на декілька категорій, серед яких має місце переважно денна гіпертензія з недостатнім зниженням тиску крові вночі (46,1%), переважно денна гіпертензія з наближенням до фізіологічних коливань тиску протягом доби (22,4%) і переважно нічна гіпертензія з переважанням тиску вночі (23,7%). З наведених даних випливає, що 2/3 хворих мали переважно денну гіпертензію, 1/3 – Dipper і Night-peaker типи гіпертензії. Можна вважати, що характер перебігу АГ у хворих на ХОЗЛ характеризується різноманітними змінами добових коливань АТ з переважанням денного гіпертензії. Між тим, наявність Night-peaker типу може свідчити про наявність небезпечного характеру АГ саме вночі з приводу порушень серцевої і мозкової гемодинаміки. До того ж, саме такий варіант спостерігається у людей з ХОЗЛ і синдромом нічного апное, а тому, розглядається з позиції небезпечного варіанту.

Висновки

1. Частота артеріальної гіпертензії у хворих з ХОЗЛ становить 30,4%.
2. Клінічний перебіг характеризується головним болем, запамороченням, тривогою, серцебиттям, перебоями в роботі серця, надшлуночковою і шлуночковою екстрасистолічною аритмією (переважно 1 і 2 класів за Lown-Wolf в модифікації Ryan M), синусовою тахікардією і синусовою аритмією, ЕКГ-ознаками гіпертрофії переважно лівих відділів серця, дилатацією передсердь і лівого шлуночка, систоло-діастолічною АГ за типом Non-dipper.

3. В подальших наукових дослідженнях доцільною є розробка і впровадження оптимальних терапевтичних підходів щодо корекції встановлених порушень.

1. Авдеев С.Н. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ХОБЛ: проблемы выбора лекарственных препаратов / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. - 2008. - № 2 (29). - С. 3-4.
2. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких: клиничко-патогенетические параллели и возможности терапии / В.С. Задионченко, Т.В. Адашева, И.В. Федорова, О.И. Нестеренко, М.А. Миронова // *Росс. кардиологический журнал*. - 2009. - № 6 (80). - С. 62-66.
3. Арутюнов Г.П. Пациент с хронической обструктивной болезнью легких: взгляд кардиолога / Г.П. Арутюнов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. - 2012. - № 4. - С. 15-18.
4. Бойко Д.М. Сучасні погляди на терапію хронічних обструктивних захворювань легень у поєднанні з есенціальною гіпертонічною хворобою / Д.М. Бойко // *Практична медицина*. - 2006. - № 5. - С. 32-38.
5. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // *European Heart Journal*. - 2013. - Vol. 34. - P. 2159-2219.
6. Caughey G.E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G.E. Caughey, E.E. Roughead // *Journal of Comorbidity*. - 2011. - Vol. 1. - P. 8-10.
7. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients / M. Zygmuntowicz, A. Owczarek, A. Elibol, J. Chudek // *Pol. Arch. Med. Wewn.* - 2012. - Vol. 122, № 7-8. - P. 333-340.

Резюме

Ігнатенко Г.А., Мухін І.В., Іванченко Ю.О., Кошелева О.М. Перебіг гіпертензивного синдрому у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень.

Мета дослідження полягала в аналізі особливостей перебігу гіпертензивного синдрому у хворих з коморбідним ХОЗЛ. Клінічний перебіг гіпертензивного синдрому в хворих з ХОЗЛ проявляється головним болем (у 73,7%), запамороченням (у 42,1%) і нудотою (у 18,4%). Додатковими проявами гіпертензивного синдрому є тривога (у 55,3%), серцебиття (у 77,6%) і перебої в роботі серця (у 30,3%). Найчастіше зустрічалася надшлуночкова (42,1%) і шлуночкова екстрасистолічна аритмія (32,9%). Пароксизмальна форма фібриляції передсердь була встановлена за допомогою холтеровського моніторингу ЕКГ у 19,7% пацієнтів. Понад 50% хворих мали вихідну синусову тахікардію (67,1%) і синусову аритмію (у 27,6%). Перший та другий класи шлуночкової екстрасистолії спостерігали у 32,0 і 32,0% хворих. Друге місце займав 3-ій клас (16,0%). У 12,0 і 8,0% визначалися життя небезпечні шлуночкові порушення. У 46,1% досліджених хворих встановлено ЕКГ-ознаки ізольованої гіпертрофії лівого передсердя, у 32,9% - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка і у 31,6% - ознаки гіпертрофії лівих відділів серця. Встановлено ознаки гіпертрофії правого передсердя у 21,1%, правого шлуночка - у 18,4% та правого передсердя і правого шлуночка у 14,5%. У 27,6% встановлена гіпертрофія лівого та правого передсердя. Мала місце помірна систоло-діастолічна артеріальна гіпертензія з переважаючим тиску крові в денні часи.

Ключові слова: гіпертензивний синдром, хронічне обструктивне захворювання легень.

Ігнатенко Г.А., Мухін І.В., Іванченко Ю.А., Кошелева Е.Н. Течение гипертензивного синдрома у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких.

Цель исследования заключалась в анализе особенностей течения гипертензивного синдрома у больных с коморбидным ХОЗЛ. Клиническое течение гипертензивного синдрома у больных с ХОЗЛ проявляется головной болью (у 73,7%), головокружением (у 42,1%) и тошнотой (у 18,4%). Дополнительными проявлениями гипертензивного синдрома является тревога (у 55,3%), сердцебиение (у 77,6%) и перебои в работе сердца (у 30,3%). Чаще встречалась наджелудочковая (42,1%) и желудочковая экстрасистолическая аритмия (32,9%). Пароксизмальна форма фібриляції предсердий была установлена с помощью холтеровского мониторинга ЭКГ у 19,7% пациентов. 67,1% больных имели исходную синусовую тахикардию, а 27,6% - синусовую аритмию. Первый и второй классы желудочковой экстрасистолії наблюдали у 32,0 и 32,0% больных. Второе место занимал третий класс (16,0%). У 12,0 и 8,0% определялись жизнеопасные желудочковые нарушения сердечного ритма. У 46,1% обследованных больных установлено ЭКГ - признаки изолированной гипертрофии левого предсердия, у 32,9% - признаки гипертрофии левого желудочка и у 31,6% - признаки гипертрофии левых отделов сердца. Установлены признаки гипертрофии правого предсердия у 21,1%, правого желудочка - у 18,4% и правого предсердия и правого желудочка у 14,5% пациентов. У 27,6% выявлена гипертрофия левого и правого предсердия. Имела место умеренная систоло-диастолическая артериальная гипертензия с преобладанием давления крови в дневные часы.

Ключевые слова: гипертензивный синдром, хроническое обструктивное заболевание легких.

Summary

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Ivanchenko I.A., Kosheleva E.N. The course of hypertensive syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

The purpose of the study was to analyze the peculiarities of hypertensive syndrome in patients with comorbid COPD. For the purpose of the study examined 250 patients with COPD, including further study selected 76 (30,4%) hypertensive patients with COPD aged 45 to 65 years (mean age 55,3±2,6 years). The clinical course of hypertensive syndrome in patients with COPD was manifested with headache (in 73,7%), dizziness (42,1%) and nausea (18,4%). The additional manifestations of hypertensive syndrome were anxiety (at 55,3%), palpitations (at 77,6%) and disruption of the heart rhythm (at 30,3%). The supraventricular (42,1%) and ventricular extrasystolic arrhythmia (32,9%) were appeared more frequently. Paroxysmal atrial fibrillation was founded while Holter ECG monitoring in 19,7% of patients. The 67,1% of patients had initial sinus tachycardia, and 27,6% of them had sinus arrhythmia. The first and second classes of ventricular arrhythmias were observed in 32,0% and 32,0% of patients. The second place was taken by the third class (16,0%). The life-threatening ventricular arrhythmias were determined in 12,0 and 8,0%. In 46,1% of the patients the ECG - signs of isolated hypertrophy of the left atrium was identified, at 32,9% the signs of left ventricular hypertrophy was founded and in 31,6% - the signs of hypertrophy of the left chambers of the heart. The right atrium hypertrophy was identified in 21,1%, the right ventricle - in 18,4%, and the right atrium and right ventricle- in 14,5% of patients. At 27,6% of patients, hypertrophy of the left and right atrium were revealed.

Key words: hypertension syndrome, chronic obstructive pulmonary disease.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова