

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бокерия, Л. А. Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревинский, С. П. Голицын // ВНОА. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: Макс Пресс, 2013. — С. 596.
2. J. Heeringa [et al.] // European Heart Journal. 2006. — Vol. 27. — P. 949–953.
3. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation / A. J. Camm [et al.] // EurHeart J. 2012. — 33:2719. — С. 47.
4. Татарский, Б. А. Электрическая наружная кардиоверсия при лечении пароксизмальной фибрилляции предсердий / Б. А. Татарский, Н. В. Нефедова // Вестник аритмологии. — 2000. — № 19. — С. 95–99.

**УДК 616.24-002+616.12-005.4]-08**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА АССОЦИАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Крылова А. А., Мосина Д. О.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы лёгких, формированием эмфиземы, нарушением бронхиальной проходимости с развитием частично или полностью необратимой бронхиальной обструкции, вызванной воспалительной реакцией [1].

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ХОБЛ на 25 % у мужчин и на 69 % у женщин.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — по определению ВОЗ, — болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу. По оценкам ВОЗ ежегодно в мире смертность от сердечно сосудистых заболеваний составляет более 17 млн человек, из них 7 млн — от ИБС [2].

В современной литературе сочетание ХОБЛ и ИБС рассматривается как с позиции простого сочетания болезней вследствие влияния общих факторов риска (курения, урбанизации, низкой физической активности, старения популяции, генетической предрасположенности), так и с точки зрения формирования ИБС при ХОБЛ как результата системного воспаления. Ассоциация социально значима из-за негативного влияния этих состояний друг на друга и приводит к увеличению частоты госпитализации, хронического, часто инвалидизирующего, течения заболевания, повышению смертности и риска развития тяжелых осложнений. Для врачей весьма важно выявить оба сопутствующих заболевания на ранней стадии для оптимизации комбинированного лечения дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности во избежание утяжеления клинической картины и снижения смертности.

У пациентов сочетанной патологий ХОБЛ и ИБС снижение объема форсированного выдоха за 1 с на 10 % увеличивает вероятность смертельного исхода на 14 %.

***Цель***

Оценить структуру ХОБЛ по показателям: пол, возраст, структура ХОБЛ, наличие факторов риска. Определить частоту встречаемости ХОБЛ ассоциированного с ИБС.

***Материал и методы исследования***

Проведен анализ 73 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 41 до 87 лет, проживающих на территории филиала № 5 ЦЦП и стоящих на диспансерном

учете по заболеванию ХОБЛ (J44). У пациентов оценивались следующие показатели: пол, возраст, структура ХОБЛ, наличие факторов риска, ассоциация с ИБС.

### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования гендерная структура ХОБЛ была представлена следующим образом: мужской пол — 30 (41 %), женский пол — 43 (59 %). Вероятно, это связано с тенденцией к увеличению заболеваемости ХОБЛ у женщин на 69 % по оценкам ВОЗ. Половая структура пациентов с ХОБЛ представлена на рисунке 1.

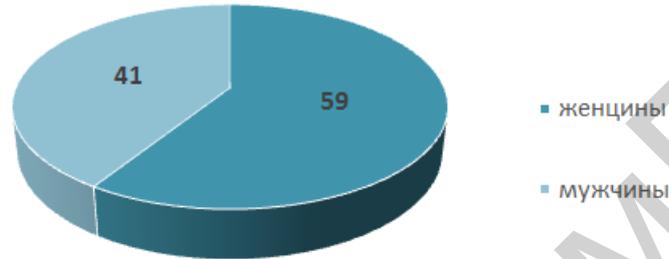


Рисунок 1 — Половая структура пациентов ХОБЛ

По возрасту нами было распределено на группы: 40–50 лет — 3 (4 %) человека; 51–60 лет — 11 (15 %) человек; 61–70 лет — 21 (29 %) человек; 71–80 лет — 19 (26 %) человек; 81–90 — 19 (26 %) человек. В эпидемиологических исследованиях часто недооценивается значение и распространенность ХОБЛ, так как обычно он не диагностируется до развития клинически выраженных тяжелых стадий заболевания. Возрастная структура пациентов с ХОБЛ представлена на рисунке 2.

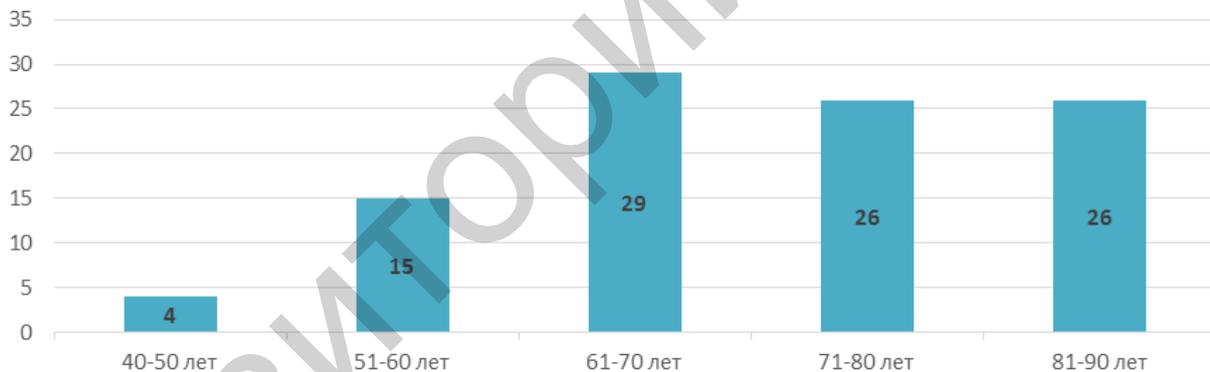


Рисунок 2 — Возрастная структура пациентов с ХОБЛ

Основной причиной развития ХОБЛ является курение. Не мало важным является загрязнение атмосферного воздуха и воздуха в помещениях, а также подверженность воздействию загрязнения воздуха дымом и пылью на рабочем месте. Во время исследования факторы риска были выявлены у 61 (83,6 %) человека.

Ассоциация ХОБЛ с ИБС выявлена у 65 (89 %) пациентов. Сочетания этих двух заболеваний развивается вследствие дыхательной гипоксемии, активируется перекисное окисление липидов (ПОЛ), лежащее в основе развития атеросклероза. В легких, выполняющих множество важных метаболических функций на фоне воспалительного процесса еще больше активируются протеолитические ферменты и индуцируются цитокиновые реакции. Итогом этих процессов становится повышенный выброс провоспалительных цитокинов (СРБ, ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1,6,8), активация системного воспалительного ответа и дезорганизация основного вещества соединительной ткани. На фоне окислительного стресса происходит стимуляция надпочечников с выбросом в кровь адреналина и, как след-

стве, вазоконстрикция, увеличение объема циркулирующей крови и повышение артериального давления, в результате активации ренин ангиотензин-альдостероновой системы, суммарно ведущих к развитию ИБС.

Ассоциация ХОБЛ и ИБС представлена на рисунке 3.

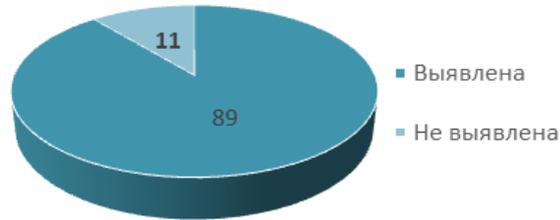


Рисунок 3 — Ассоциация ХОБЛ с ИБС

Структура ХОБЛ: неуточненной этиологии 58 пациентов (79,5 %), с хроническим бронхитом 7 (9,6 %), ХОБЛ бактериальной этиологии 6 (8,2 %), с эмфиземой 2 (2,7 %). Болезнь можно заподозрить на основании данных анамнеза, физического осмотра и рентгенологического исследования, подтверждается диагноз функциональными дыхательными пробами, например, спирометрией. Патологические признаки при неуточненной форме заболевания возникают вследствие длительного влияния сочетанных факторов, перекрестных форм заболевания (ХОБЛ и бронхиальная астма). В основном лечение не сильно отличается при выявлении этиологии, а отсутствие возможности проводить более глубокие тесты и нежелание пациента тратить много времени на это и приводят, по всей видимости, к тому, что в данном случае преобладает неуточнённая этиология. Структура ХОБЛ представлена на рисунке 4.

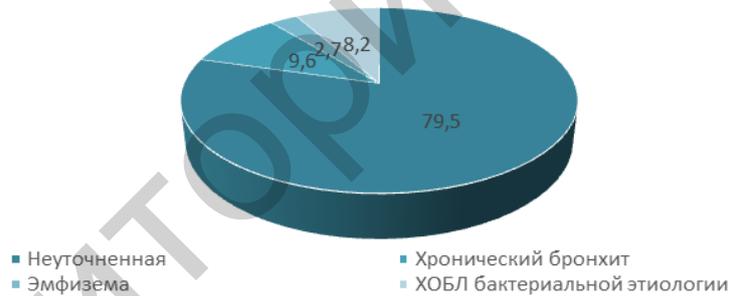


Рисунок 4 — Структура ХОБЛ

### Выводы

1. В половозрастной структуре преобладают женщины (59 %) в возрасте старше 60 (81%) лет.
2. У 61 (83,6 %) пациента выявлено наличие факторов риска таких как: курение, загрязнение воздуха дымом и пылью на рабочем месте.
3. У большинства выявлена ассоциация ХОБЛ с ИБС (89 %);
4. Преобладает ХОБЛ неуточненной этиологии (79,5 %).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова, Т. А. Хроническое легочное сердце. Хроническая обструктивная болезнь легких / Т. А. Федорова, А. Г. Чучалин. — М., 1998. — С.192–216.
2. Mozaffarian, A. S. Circulation / A. S. Mozaffarian, V. L. Roger, E. Benjamin. — 2013. — С. 215.
3. Задионченко, В. С. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких — клинико-патогенетические параллели и возможности терапии. Российский кардиологический журнал / В. С. Задионченко, Т. В. Адашева, И. В. Федорова. — 2010. — С. 62–69.
4. Авдеев, Н. А. Системные эффекты у больных ХОБЛ / Н. А. Авдеев. — Врач. — 2006. — С. 3–7.
5. Кириллов, А. М. Пациенты с сочетанием ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких: клинические проявления и характерные особенности показателей функциональных методов исследования / А. М. Кириллов. — 2015. — С. 135–137.