

почтение следует отдавать препаратам, избирательно стимулирующим β_2 -адренорецепторы (вентолин, сальбутамол). Больным ИБС с первых дней обострения бронхолегочной патологии необходимо назначение антиангинальной и антиаритмической терапии. Лечение данной группы больных целесообразно проводить в условиях стационара и госпитализировать их следует в ранние сроки от начала обострения ХНЗЛ.

Выводы

1. Обострение ХНЗЛ может быть фактором риска дестабилизации течения различных форм ИБС с развитием в ряде случаев инфаркта миокарда.
2. Нарушения ритма сердечной деятельности являются наиболее частым проявлением обострения ИБС и возникают преимущественно у больных с обострением ХНЗЛ вирусной этиологии.
3. Лечение больных ИБС на фоне обострения ХНЗЛ должно быть комплексным с применением по показаниям антиаритмических и антиангинальных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Б. П., Малькова Т. Н. Об изменениях сердечно-сосудистой системы при гриппе у больных, перенесших инфаркт миокарда. // *Клин. мед.*— 1983.— № 11.— С. 66—72.
2. Богомолов Б. П., Малькова Т. Н. Поражение сердечно-сосудистой системы у больных гриппом, вызванном вирусом типа В // *Там же.*— 1987.— № 3.— С. 89—95.

© И. Г. ДАНИЛЯК, 1992

УДК 616.24-036.12-06:616.127-005.4

И. Г. Даниляк

ХРОНИЧЕСКИЕ ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

(Комментарий к статье А. П. Борисенко и соавт. «Влияние обострения хронических неспецифических заболеваний легких на особенности течения ишемической болезни сердца»)

Вопрос о влиянии обострения хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) на течение ишемической болезни сердца (ИБС) является весьма актуальным, так как сочетание этих патологий наблюдается часто [2] и у больных ИБС достигает 62,8 % [3]. Решение этой проблемы представляет немалые трудности, особенно когда речь идет о выяснении причин появления симптомов кардиальной патологии в случаях обострения ХНЗЛ.

С одной стороны, хорошо известно, что вирусные инфекции, нередко вызывающие обострения хронического бронхита и бронхиальной астмы, сами приводят к поражениям сердца, в том числе

3. Бондаренко С. С., Туманов Ф. А. О частоте обострений хронических заболеваний у госпитализированных больных гриппом и парагриппом // *Тер. арх.*— 1990.— N 11.— С. 39—42.
4. Синопальников А. И., Алексеев В. Г., Ефимов А. В. Бронхомоторные эффекты кардиоселективных β -адреноблокаторов у больных бронхиальной астмой // *Там же.*— 1989.— N 8.— С. 43—45.
5. Энштейн Ф. Г. Грипп и грипподобные состояния.— 2-е изд.— М., 1972.— С. 264.
6. Baiton D., Jones G. R., Hole D. Influenza and ischaemic heart disease — a possible trigger for acute myocardial infarction? // *Int. J. Epidem.*— 1978.— Vol. 7, N 3.— P. 231—239.
7. Gumby Ph. Cardiac sequela of some viral infections? // *JAMA.*— 1982.— Vol. 247, N 10.— P. 138.
8. Vullers R., Bultmann B., Fischer H., Haferkamp O. Influenza A — virus Infection, en prazipitierender Faktor fur den grossen Herzanfall? // *Munch. med. Wschr.*— 1980.— Bd. 122, N 41.— S. 1415—1417.

Поступила 25.01.91

THE INFLUENCE OF COPD ON COUSE PECULARITIES OF ISCHEMIC HEART DISEASE

Borisenko A. P., Aksenova T. N., Lazaryeva N. M., Filko V. N., Kustowa V. N.

Summary

The obtained data have demonstrated that in patients with ischemic heart disease (IHD) the destabilization in their condition was marked during the first 7—15 days of COPD exacerbation, especially of viral etiology. The most often sings of IHD exacerbatons were different arrhythmias (57,3 %), including 16,2 % registered for the first time in life. Besides this, instable forms of stenocardia and miocardial infarction can occur. Thus, the treatment of these patients must include not only antiviral and antimicrobic drugs, but antianginal and antiarythmic medications, including betal-blockers for treatment of patients with hyperkinetic syndrome as well.

и малосимптомному вирусному миокардиту, дифференциальная диагностика которых у больных ИБС представляет немалые трудности из-за схожести клинической и электрокардиографической симптоматики.

С другой стороны, доказано с помощью суточного ЭКГ-мониторирования частое (89 %) возникновение у больных бронхиальной астмой в фазе обострения аритмий, преимущественно суправентрикулярных, связь которых с другой этиологией, включая ИБС, исключалась [3], а у пациентов с сочетанной патологией нарушения ритма регистрировались в 97,6 % случаев [2]. Столь частое возникновение аритмий у этих больных ав-

торы объясняют ваготонией, свойственной больным ХНЗЛ, нарушением внутриклеточного обмена кальция, коронарной недостаточностью в случаях сочетания с ИБС, гипоксемией, метаболическим ацидозом, легочной гипертензией, и гемодинамической перегрузкой правых отделов сердца [2, 3].

Следует учитывать также возможность ятрогенного появления кардиальной патологии вследствие назначения больным с бронхообструктивным синдромом симпатомиметиков (эфедрина, β -агонистов). Углубленные исследования показали, что даже при применении β_2 -агонистов (салбутамол, беротек) нередко (в 63,2 % случаев) возникают аритмии, особенно суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы [4]. Подчеркивается опасность сочетанного и частого применения симпатомиметиков, что может привести к мерцанию желудочков. Указывается на риск назначения β -агонистов больным с сердечной недостаточностью, в условиях гипоксии и гиперкапнии, что может привести к кардиотоксическому эффекту. Как показывают экспериментальные исследования, симпатомиметики могут быть причиной развития очаговых изменений в миокарде [1, 5].

В связи с тем, что у больных ИБС, сочетающейся с бронхообструктивным синдромом, механизм последнего, как правило, холинергический, рекомендуется назначать таким пациентам бронхорасширяющие лекарства холинергического действия (атровент, тровентол и т. п.), что оказывается эффективным и позволяет предотвратить нежелательные побочные реакции, присущие симпатомиметикам [2, 4].

Описано отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему лечения глюкокортикоидами и АКГГ в виде появления сердцебиения, кардиалгий, гипертензии, экстрасистолы.

Сложно доказать причинную связь инфаркта миокарда с обострением ХНЗЛ, так как имеются убедительные данные, свидетельствующие о том, что клиническое течение ИБС с сопутствующей бронхиальной астмой в фазе ее обострения характеризуется сравнительно более частым бессимп-

томным течением; при обострении бронхолегочного заболевания отмечается регресс симптомов ИБС, при ЭКГ-мониторинге редко наблюдается транзиторная ишемия миокарда. И наоборот при достижении ремиссии легочной патологии возобновляются симптомы ИБС (стенокардия, ишемические инциденты по данным ЭКГ-мониторинга) [3].

Специальное изучение вопроса о возможности причинной связи инфаркта миокарда с бронхиальной астмой показало, что у пожилых пациентов инфаркт миокарда обычно возникает вследствие ИБС и нередко в острый его период приводит к ремиссии бронхиальной астмы. Однако имеются описания отдельных случаев смерти от бронхиальной астмы, когда на аутопсии были обнаружены аллергический коронарит с развитием некрозов миокарда и эозинофильный инфильтрат в миокарде.

Все вышеизложенное заставляет, по-видимому, подходить к решению вопроса о причинах кардиальной патологии у больных ИБС в случаях сочетания с обострением ХНЗЛ с определенной долей осторожности, тщательно анализируя в каждом конкретном случае анамнез больного, динамику ЭКГ и клинической симптоматики, возможное отрицательное действие лекарств, результаты лабораторного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даниляк И. Г. Современная фармакотерапия больных бронхиальной астмой: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1983.
2. Козлова Л. И. Функциональное состояние внешнего дыхания и его изменения под влиянием лечения у больных бронхиальной астмой и ишемической болезнью сердца: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1989.
3. Синопальников А. И. Ишемическая болезнь сердца у больных с сопутствующей бронхиальной астмой: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1991.
4. Сницаренко В. Ю. Лечение бронхиальной обструкции при неспецифических заболеваниях легких у лиц старше 60 лет: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1990.
5. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма.— М., 1985.

Поступила 03.02.92.