

# ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Дарыбаев Д.М, Хамраева Ж.Б., Муса Б.Е,  
Маханбетжанова А.К., Жексембаева С.О.

*Карагандинский государственный медицинский университет,  
кафедра внутренних болезней №1*

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, бета-адреноблокаторы, небиволол, бисопролол, нарушения ритма сердца.

**Резюме:** *проведено исследование по оценке эффективности безопасности применения бета-адреноблокаторов у пациентов пожилого возраста с нарушением ритма сердца и хронической обструктивной болезнью легких. На фоне приема бисопролола и небиволола регрессировали желудочковые экстрасистолы высоких градации, пробежки наджелудочковой тахикардии и пароксизмы фибрилляции предсердий у пациентов с кардиореспираторной патологией.*

**Resume:** *the effectiveness of safety of application of beta-blockers was studied on the knees of elder people with arrhythmia and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). On patients with cardiorespiratory disease who got bisoprolol and nebivolol were regressed PVCs high graduation. Supraventricular tachycardia, supraventricular tachycardia and paroxysmal atrial fibrillation.*

**Актуальность.** В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает 4-е место по причине смертности во всем мире.

Поскольку ХОБЛ всегда связана с длительным курением, что и наблюдается у больных пожилого возраста. У пациентов пожилого возраста, часто наблюдается

сопутствующая патология, для которой курение и возраст также являются факторами риска[1,2].

Наиболее частой сопутствующей проблемой для больных ХОБЛ являются сердечно-сосудистые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца(ИБС), нарушения ритма сердца, артериальная гипертензия (АГ).

Нарушения ритма сердца- частая причина, приводящая к ухудшению состояния больных ХОБЛ. В пожилом возрасте у больных ХОБЛ с нарушениями ритма сердца возникает проблема при подборе эффективных и безопасных антиаритмических препаратов[3,4].

В этой связи представляется актуальным исследование характера нарушений ритма сердца, состояния центральной гемодинамики, эффективности и безопасности применения антиаритмической терапии у больных пожилого возраста с ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистой патологией[5,6].

**Цель:** изучить возможности применения и эффективности бета-адреноблокаторов при различных нарушениях ритма сердца у больных пожилого возраста с ХОБЛ.

**Задачи:** 1. Исследовать частоту и характер нарушений сердечного ритма по данным суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру(ХМ-ЭКГ) у больных пожилого возраста с ХОБЛ; 2. Оценить эффективности антиаритмической терапии бета-адреноблокаторами у больных пожилого возраста с ХОБЛ и нарушениями ритма сердца; 3. Изучить динамику показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и пиковой скорости выдоха (ПСВ) у больных пожилого возраста с ХОБЛ и нарушениями ритма сердца на фоне терапии бета-адреноблокаторами.

**Материал и методы.** Основу наших наблюдений составили данные клинического и лабораторно- инструментального исследования 84 пациентов с ХОБЛ I-III степенями тяжести заболевания и с нарушениями ритма сердца в возрасте от 60-75 лет. Из общего количества обследованных больных мужчины составили 60(71%), женщины 24(29%). В качестве основных критериев отбора больных для дальнейшего обследования было принято наличие клинических проявлений ХОБЛ и ЭКГ признаки нарушений ритма сердца (более 30 в час экстрасистол и пароксизмальные формы тахиаритмий). В исследование не включались больные с брадикардией, атриовентрикулярной блокадой II-III степени, синоатриальной блокадой, синдромом слабости синусового узла, наличием постоянной формы фибрилляции предсердий и хроническими заболеваниями печени и почек.

В зависимости от метода лечения, пациенты были распределены на следующие группы: - 1 группа- 26 больных ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией I-III степени (Национальные клинические рекомендации, 2009); - 2 группа-28 больных с ХОБЛ и сопутствующей ИБС II-III функционального класса; - 3 группа-30 больных ХОБЛ I-III стадии (QOLD, 2008г). В зависимости от метода лечения, пациенты были распределены на следующие группы: пациенты 1-й группы получали небиволол (Небилет "Берлин-Хеми") 2,5мг в сутки, пациенты 2-й группы получали бисопролол (Конкор"Никомед" )2,5 мг в сутки. В 3-й группе пациенты не получали бета-адреноблокатор, контрольная группа.

Больным проводили общеклиническое, рентгенологическое, электрокардиографическое (ЭКГ), спирометрическое, эхокардиографическое (ЭхоКГ) и лабораторные исследования. Повторный комплекс обследования проводился через 12 недель. Оценка безопасности применения бета-адреноблокаторов проводилась по динамике респираторных симптомов (кашля, мокроты, одышки) и изменению бронхиальной проходимости (данные аускультации, спирографии, пикфлоуметрии). Функцию внешнего дыхания оценивали на спироанализаторах "Superspiro" (MicroMedicaltd) и "Этап" (Россия) по стандартизированным методикам с учетом площади поверхности тела.

Антиаритмический эффект бета-адреноблокаторов оценивался на основании данных ХМ-ЭКГ на 3 – канальном регистраторе MicroVit МТ-101с помощью программы анализа МТ-200 (Schiller, Швейцария). ЭхоКГ выполнялась на аппарате "Toshiba". В М и В-режимах проводились измерения параметров функции левого и правого желудочков и предсердий, а также систолическое давление в легочной артерии (СДЛА).

Базисная терапия ХОБЛ проводилась с учетом стадии и тяжести. У всех пациентов бета-адреноблокатор добавлялся к комплексной антиангинальной и антигипертензивной терапии, назначаемых по поводу заболеваний сердечнососудистой системы. Подбор доз и кратность применения всех препаратов проводился индивидуально для каждого больного, учитывая имеющуюся сопутствующую патологию.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное ЭхоКГ исследование пациентов позволило установить что у 66% обследованных больных была выявлена легочная гипертензия – СДЛА  $\geq 30$  мм.рт.ст, умеренного характера. У больных ХОБЛ в сочетании с сердечнососудистой патологией (ИБС, АГ) наблюдались процессы ремоделирования левого и правого желудочков. По данным ЭхоКГ у больных при сочетании ХОБЛ с сердечнососудистой патологией по сравнению с изолированным течением этих заболеваний, имеет место более сложная перестройка камер сердца, направленная в сторону их гипертрофии и дилатации, увеличиваются давление в системе легочной артерии. У больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС чаще чем у больных изолированной ХОБЛ, выявлялись парные желудочковые экстрасистолы, желудочковая бигеминия, пробежки наджелудочковой тахикардии и пароксизмы фибрилляции предсердий.

На фоне приема обоих препаратов регрессировали парные желудочковые экстрасистолы, желудочковые бигеминии у пациентов с кардиореспираторной патологией, в том числе пробежки наджелудочковой тахикардии и пароксизмы фибрилляции предсердий.

Улучшение показателей бронхиальной проходимости – увеличение ОФВ<sub>1</sub>, проходимости по крупным и средним бронхам на фоне приема небиволола и бисопролола, возможно, обусловлено улучшением трахеобронхиальной проходимости на фоне проводимой патогенетической терапии ХОБЛ.

Улучшение показателей жизненной емкости легких произошло в комплексе за счет улучшения насосной деятельности сердца и устранения бронхообструктивного компонента.

Таким образом, включение в комплексную терапию больных пожилого возраста с ХОБЛ и нарушениями ритма сердца высокоселективных бета-адреноблокаторов небиволола и бисопролола, приводили к урежению частоты сокращения желудочков, коррекции нарушений ритма сердца, что благотворно влияет на течение заболевания.

### **Выводы:**

1. У больных пожилого возраста с ХОБЛ в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы выявлены процессы ремоделирования как правого желудочка так и левого желудочка, что способствует возникновению нарушений ритма сердца;

2. Небиволол и бисопролол обладают высокой антиаритмической эффективностью у пациентов с ХОБЛ и с нарушениями ритма сердца;

3. Проведение холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентов с кардиореспираторной патологией будет способствовать своевременной терапевтической коррекции развивающихся нарушений ритма сердца.

### **Литература**

1. Шепеленко А.Ф., Миронов М.Б., Сидоров Ю.А. и др. Комплексное лечение обострений хронической обструктивной болезни легких // Лечащий врач. - 2006. - №8. - С.14-16.

2. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание // Пульмонология. - 2007. - №2. - С.104-112.

3. Айсанов З.Р., Калманова Е.Н., Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями: лечение ингаляционными холинолитическими препаратами // Терапевтический архив. - 2004. - №12. - С.81-82.

4. Гурова А.Ю., Чаплыгин А.В., Свет А.В. и др. Особенности рациональной фармакотерапии бета-адреноблокаторами при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких // Лечащий врач. - 2012. - №2. - С.15-19.

5. Стаценко М.Е., Дервянченко М.В. Место бета-адреноблокаторов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической обструктивной болезнью легких // Кардиология. - 2012. - №12. - С.57-62.

6. Дворецкий Л.И. Артериальная гипертония у больных ХОБЛ // Русский медицинский журнал. - 2003. - №11. - С.21-28.