

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ

7-9 октября 2008 года в Москве состоялся Российский национальный конгресс кардиологов. Это главное событие года в ряду научно-практических профессиональных мероприятий, на котором медицинская общественность знакомится с основными достижениями современной кардиологии в изложении



ведущих отечественных и зарубежных экспертов. Научная программа конгресса и выставка проходили в залах Президиума Российской академии наук и включали пленарное заседание, симпозиумы, форумы, школы, лекции. Один из организованных фармацевтической компанией «Д-р Редди'с» симпозиумов был посвящен кардиологическим осложнениям при ХОБЛ. В рамках выставки на стенде компании «Д-р Редди'с» проводились презентации новейших сердечно-сосудистых препаратов, в числе которых Стамло®М.



КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ

ХОБЛ – самостоятельная нозологическая форма, представляющая заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, связанным с патологическим воспалительным процессом в легких. При ХОБЛ этот процесс

необратимый, постоянно прогрессирующий и приводящий к очень сложным и тяжелым осложнениям. ХОБЛ среди причин смерти занимает 4 место. По данным ВОЗ, в 2000 г. около 3 млн смертей было связано с ХОБЛ. К 2020 г. ХОБЛ поднимется с 12 на 5 место в списке наиболее распространенных заболеваний в мире. Курение является главной причиной возникновения ХОБЛ и одним из главных факторов риска развития различных кардиологических заболеваний. Уже на этапе формирования этих заболеваний встречаются общие патогенетические механизмы. Если мы имеем патологию со стороны легких, то возникает и патология сердца. Если же имеется патология со стороны сердечно-сосудистой системы, то могут возникать тромбоэмболии легочной артерии, нарушение гемодинамики малого круга кровообращения. Мы видим, как часто встречается кардиальная патология у больных с обструктивной болезнью легких. Международное исследование, где анализировалось около 6 тыс. больных ХОБЛ средней степени тяжести, показало, что в течение 5 лет доля сердечно-сосудистых событий у больных этой группы

в общей структуре летальности занимает 25%. Среди причин первой госпитализации больного ХОБЛ 42% – кардиальные причины, повторной – 48%. При снижении ОФВ₁ на 10% риск развития сердечно-сосудистой летальности возрастал почти на 28%. Это колоссальная цифра. Значит, снижение ОФВ₁ – один из критериев прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений. Уровень С-реактивного белка и показателя функции внешнего дыхания ОФВ₁ являются независимыми предикторами миокардиального поражения. Все это показывает, какую взаимосвязь имеет ХОБЛ и сердечно-сосудистая патология. Каковы системные эффекты ХОБЛ? Прежде всего, это системные воспаления – основное патологическое состояние, которое развивается при ХОБЛ. Возникает дисфункция скелетных мышц, нарушение метаболизма, энтедолиальная дисфункция. В этом комплексе патологических изменений формируется так называемый оксидативный стресс. Системные реакции будут практически одни и те же и при кардиальной патологии. Чрезвычайно трудно при функциональных методах исследо-



В.С. Задионченко, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ

ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

вания идентифицировать, ишемические ли изменения происходят на ЭКГ или это гипоксические изменения, связанные с ХОБЛ? Это всегда сложный дифференциально-диагностический поиск врача. Если взять хронобиологические взаимосвязи и корреляции, то пиковое время кардиоваскулярных осложнений – это поздняя ночь и раннее утро, когда чаще всего возникает внезапная смерть, инфаркт миокарда, стенокардия, безболе-

что мы знаем, бронхообструктивный синдром является критерием исключения из международного протокола по кардиальной патологии, а кардиальная патология – из исследований у больных ХОБЛ. То есть не анализируется сочетание у больного этих двух наиболее часто встречаемых патологических состояний. И это не позволяет иметь какую-то мощную доказательную базу. Какие осложнения со стороны

называемые кардиологические маски при ХОБЛ, а у больного с кардиальной патологией могут возникать бронхиальные и бронхообструктивные маски. Врач должен решить, какие заболевания, какие процессы формируют ту или иную клиническую картину. И самое главное, это особенности терапии, потому что происходит ограничение применения традиционной лекарственной терапии, но необходимость воздействия на оба патологических процесса остается, для достижения клинического эффекта недостаточно лечить только одну болезнь.

Нарушения ритма сердца выявляются у 73% больных ХОБЛ. Частота, степень и градации желудочковых нарушений ритма увеличиваются по мере усугубления бронхообструкции и формирования легочного сердца, а также у больных с безболевым ишемией миокарда. Как же выбирать антиаритмические препараты больному ХОБЛ? Антагонисты кальция – препараты выбора. Они снижают давление в малом круге кровообращения и не ухудшают бронхиальную проходимость. Открытым остается вопрос о целесообразности использования β -блокаторов. Суперселективные β -блокаторы последнего поколения можно использовать с большой осторожностью. И как же рекомендовать выбор препаратов у больного с ХОБЛ в сочетании с ССЗ? Прежде всего, это селективные β_2 -агонисты, нитраты, антагонисты кальция, и одновременно с этим могут применяться препараты центрального действия. И конечно, при назначении лекарственной терапии больным с сочетанием ХОБЛ и ССЗ необходимо учитывать возможность побочных эффектов от применения как препаратов, влияющих на бронхиальную обструкцию, так и сердечно-сосудистых препаратов. 

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

вая ишемия миокарда, инсульты. В это же время, в ранние утренние часы, по хронобиологическим закономерностям нарастает бронхиальная обструкция. Видите, какое сочетание, взаимодействие, синхронизация двух патологических процессов. Мы живем в эру доказательной медицины. На чем основана доказательная медицина? На проведении многоцентровых исследований. Но при сочетании ХОБЛ и кардиальной патологии практически отсутствует доказательная база. Потому

сердечно-сосудистой системы возникают при ХОБЛ? Это АГ, нарушения ритма сердца, ИБС, формирование безболевого ишемии миокарда и хронического легочного сердца. По нашим данным, сочетание ХОБЛ и ССЗ встречаются довольно часто: ИБС при ХОБЛ до 64%, безболевого ишемии миокарда до 35%, АГ почти до 80%, нарушения ритма сердца до 73%. Когда существуют два патологических состояния, они утяжеляют течение друг друга. Имеются и определенные трудности диагностики – так



НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ



Т.В. Адашева, д.м.н.

Приоритет в изучении АГ у пациентов с ХОБЛ принадлежит отечественной терапевтической школе. На рубеже веков сформировалось две точки зрения на АГ у пациентов с ХОБЛ. Одни исследователи считали, что ХОБЛ является причиной развития артериальной гипертонии, причем подобная АГ должна рассматриваться как симптоматическая, другие – что оба заболевания развиваются независимо друг от друга под влиянием факторов риска, и курение является общим фактором риска как для АГ, так и для ХОБЛ.

У пациентов с ХОБЛ сердечно-сосудистая патология является основной причиной летальности. При ХОБЛ средней степени тяжести около 50% в структуре летальности занимают сердечно-сосудистые события, а собственно ХОБЛ всего 3-4%. При тяжелой ХОБЛ 20% летальности – осложнение ХОБЛ и около 40% – сердечно-сосудистые катастрофы. Почему происходит васкулярное повреждение, каковы патогенетические механизмы формирования артериальной гипертонии у пациентов с ХОБЛ? Мы знаем, что в бронхиальном дереве у пациентов с ХОБЛ присутствует местное воспаление, особенно выраженное при обострении ХОБЛ и при присоединении вторичной бактериальной флоры. Параллельно с формированием местного воспаления возникает системное воспаление низкой градации, которое вместе с гипоксией приводит к повреждению сосудистой стенки с акселерацией процессов атерогенеза. И таким образом системное воспаление, то есть собственно ХОБЛ, является прямым эндотелиальным повреждающим фактором, который приводит к дальнейшему развитию и стабилизации АГ, к сосудистому повреждению, формированию сердечно-сосудистой патологии.

Я хочу привести часть наших данных по изучению клинико-функциональных характеристик АГ у пациентов с ХОБЛ. Нами было взято 3 группы: пациенты с изолированной патологией ХОБЛ и АГ, а также больные с сочетанием этих заболеваний. Мы сопоставили эти группы по степени тяжести АГ и ХОБЛ, по возрасту. При анализе результатов исследования у пациентов с сочетанной патологией выявлено преобладание пациентов с отсутствием снижения или повышением АД в ночное время.

Интересно, что у пациентов с изолированной ХОБЛ, у которых среднесуточные САД и ДАД были нормальными, мы увидели такие же патологические типы распределения суточного профиля АД. Эти данные были подтверждены среднесуточными показателями САД и ДАД и ночными показателями САД и ДАД. Это связано с тем, что у пациентов с ХОБЛ ночью происходит усугубление бронхиальной обструкции с активацией нейро-гуморальных систем, регулирующих АД (САС, РААС). Дневные показатели АД у пациентов с ХОБЛ зачастую не отражают степень тяжести АГ. Также при назначении антигипертензивной терапии дневные показатели АД не отражают ее эффективности. Значит, у пациентов с ХОБЛ мы должны очень активно включать в протоколы наблюдения суточное мониторирование АД. Также нами получены данные о преобладании в группе АГ и ХОБЛ пациентов с патологическими типами ремоделирования левого желудочка, с нарушениями тканевой перфузии гиперемического и стазического



АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

характера. Наблюдались снижение степени антиоксидантной защиты и активация оксидативного стресса у больных АГ и ХОБЛ.

Как лечить? Я не могу процитировать ни одного многоцентрового исследования по антигипертензивной терапии у пациентов АГ и ХОБЛ. В отечественных рекомендациях мы видим всего несколько слов: «Часто АГ ассоциируется с ХОБЛ и бронхиальной астмой. В ряде случаев заболевание легких предшествует развитию АГ». Очень трудно у каждого конкретного пациента выяснить, что возникло раньше: артериальная гипертензия или ХОБЛ. Каковы требования к антигипертензивной терапии? Это адекватный контроль давления в ночные и ранние утренние часы. Терапия должна быть совместима с базисными средствами лечения ХОБЛ, и у антигипертензивного препарата должны отсутствовать эффекты, ухудшающие вентиляцию легких. В идеале препарат должен хорошо действовать на гемодинамику малого круга кровообращения и оказывать нормализующее действие на органы-мишени, мы

должны подобрать препарат с антиоксидативными и эндотелий-регулирующими эффектами. β -адреноблокаторы. Здесь, пожалуй, я могу привести единственное исследование у пациентов с ХОБЛ и сердечно-сосудистой патологией. Показано, что у пациентов с ХОБЛ, перенесших инфаркт миокарда, наблюдается 40%-ное снижение риска смерти на фоне лечения β -адреноблокаторами. То есть польза значительно превышает риск. Это исследование позволяет нам назначать β -адреноблокаторы пациентам с ХОБЛ. И Европейская ассоциация кардиологов фактически подтвердила эту позицию: β -адреноблокаторы были перенесены из абсолютно противопоказанных препаратов для лечения АГ при ХОБЛ в группу относительных противопоказаний.

Антагонисты кальция – это класс-фаворит в лечении АГ при ХОБЛ. И связано это с определенными эффектами этого класса препаратов: они очень хорошо снижают давление в малом круге кровообращения, косвенным образом незначительно, но способны

уменьшать бронхоспазм, гиперсекрецию и воспалительный отек слизистой бронхов посредством мембраностабилизирующих эффектов. Антагонисты кальция обладают целым спектром дополнительных преимуществ, которые очень интересны для нас, когда мы лечим АГ у пациентов с ХОБЛ. Препараты обладают эндотелий-регулирующими и антиоксидантными свойствами. Это группа лекарственных средств с очень хорошим базисом доказательной медицины при различной кардиоваскулярной патологии. При АГ и ХОБЛ исследований не было, но мы провели свое, предварительные результаты которого я хочу вам сейчас доложить. В исследование было включено 20 пациентов с АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ II и III стадии. Проводилось лечение препаратом Стамло®М в дозе 5-10 мг в течение 3 мес. (50% пациентов принимали по 5 мг, и у 50% больных мы увеличили дозу до 10 мг.) Побочных эффектов не отмечалось. Все пациенты в результате титрации дозы достигли удовлетворительной и хорошей клинической эффективности. У 6 больных, которые резко повышали давление в ночные часы, мы вынуждены были сменить прием Стамло®М на вечернее время. Получено статически значимое уменьшение как среднесуточных, так и ночных показателей АД. Давление в легочной артерии достоверно снижалось, улучшилась диастолическая функция как правого, так и левого желудочка, был продемонстрирован статически значимый косвенный антиоксидантный и противовоспалительный эффект. Таким образом, в группе АГ и ХОБЛ наблюдается высокая степень сосудистого повреждения. Это увеличивает сердечно-сосудистый риск и диктует необходимость индивидуализации схем терапии, подбор препаратов с выраженными органопротективными и антиоксидативными, эндотелий-регулирующими свойствами. 



АТЕРОСКЛЕРОЗ И ИБС У БОЛЬНЫХ ХОБЛ



Н.А. Кароли, д.м.н.,
Саратовский государственный медицинский университет

Полиморбидность является одной из особенностей современной клиники внутренних болезней, а ИБС, АГ и ХОБЛ остаются наиболее распространенными заболеваниями взрослого населения развитых стран. Результаты научных исследований, а главное, клиническая практика, позволяют пересмотреть взаимосвязь и взаимовлияние хронических болезней органов дыхания и ССС. В последние годы все шире обсуждаются экстрапульмональные проявления ХОБЛ, наиболее изученными из которых являются метаболические и мышечно-скелетные нарушения: дисфункция скелетных мышц, снижение массы тела, остеопороз и др. Показано, что развитие внелегочных эффектов ХОБЛ имеет важное клиническое и прогностическое значение. Одними из потенциальных системных проявлений ХОБЛ рассматриваются кардиоваскулярные эффекты, среди которых указываются АГ, атеросклероз с развитием ИБС. Таким образом, проблему взаимосвязи ХОБЛ и кардиоваскулярной патологии можно

обсуждать как с позиции простого сочетания различных нозологических форм, так и с точки зрения создания при ХОБЛ условий, способствующих формированию АГ, атеросклероза и ИБС. Сочетание ИБС и хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) у больных старших возрастных групп составляет 48-61,7%. При проведении крупных эпидемиологических исследований установлено повышение риска смерти от ИБС и инсульта при снижении ОФВ1, ФЖЕЛ независимо от других факторов риска. За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости и смертности от ХОЗЛ в большинстве стран мира. ХОБЛ занимает 3-е место среди причин смертности в возрастной группе старше 50 лет. Нами было обследовано 230 больных ХОБЛ в возрасте от 40 до 77 лет. Мы проанализировали факторы риска ИБС у наших пациентов. При анализе частоты встречаемости у пациентов с ХОБЛ основных факторов риска ИБС (курение, избыточная масса тела, АГ, гиперхолестеринемия и гипергликемия) отмечено, что у большинства пациентов имеется сочетание нескольких факторов риска. Наиболее часто отмечалось сочетание двух и трех факторов риска. Таким образом, у большинства пациентов с ХОБЛ имеются факторы риска развития коронарной болезни сердца (КБС). При этом риск ее развития в ближайшие 10 лет у 42,6% пациентов с ХОБЛ является

высоким (20-40%), а еще у 39,1% больных – умеренным (10-20%). Основная часть этих пациентов – лица трудоспособного возраста (менее 60 лет). Проявления ИБС, в частности ИМ, не всегда имеют типичную клиническую симптоматику, нередко безболевыми формами ИМ. На это необходимо обращать внимание, так как у пациентов с ХОБЛ при наличии легочного сердца врачами не всегда проводится активный поиск ИБС, а имеющиеся кардиалгии нередко расцениваются как проявления легочного сердца. Это приводит к поздней диагностике ИБС и, соответственно, к несвоевременному назначению антиангинальной терапии. Сложность обследования больных ХОБЛ заключается в том, что клиническая симптоматика ИБС у этой группы пациентов выражена незначительно или носит нетипичный характер, нагрузочные тесты практически неприменимы из-за выраженности дыхательной недостаточности. Следовательно, большое значение приобретают такие методы, как суточное мониторирование ЭКГ. Возможные механизмы развития ИБС у больных ХОЗЛ включают в себя общие факторы риска: курение, системное воспаление, оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция и др. Таким образом, можно предположить, что при ХОБЛ развитие ИБС является в определенной мере закономерным, особенно при наличии других факторов риска ИБС. 





реклама

Легкое дыхание сердца!

СТАМЛО® М

АМЛОДИПИНА МАЛЕАТ
таблетки 5 мг и 10 мг

Зарегистрирован в 25 странах мира,
включая США, Великобританию
и Россию, для лечения:

- артериальной гипертензии
- стенокардии напряжения
- вазоспастической стенокардии

