

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ДАННОЙ ГРУППЫ

П.А. Козлов, М.С. Ибрагимов, А.Н. Андреев, В.В. Минин

Уральская государственная медицинская академия

Полиморбидность – одна из основных особенностей современной клиники внутренних болезней. Существует ряд предположений о взаимосвязи ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

При наличии заболеваний бронхолегочной системы, вследствие дыхательной гипоксемии, активируется перекисное окисление липидов (ПОЛ), лежащее в основе развития атеросклероза. В легких, выполняющих множество важных метаболических функций и интенсивно участвующих в обмене белков, жиров, углеводов, на фоне воспалительного процесса еще больше активируются протеолитические ферменты и индуцируются цитокиновые реакции. Итогом этих процессов становится повышенный выброс провоспалительных цитокинов (С-протеина, ФНО-альфа, ИЛ-1, 6, 8), активация системного воспалительного ответа и дезорганизация основного вещества соединительной ткани. [1]

На фоне окислительного стресса происходит стимуляция надпочечников с выбросом в кровь адреналина и, как следствие, вазоконстрикция, увеличение объема циркулирования крови (ОЦК), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) и повышение АД, в результате активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), суммарно ведущих к развитию ИБС.

Развитие эндотелиальной дисфункции на фоне повышенного атерогенеза способствует спазмированию коронарных сосудов, что в свою очередь вносит свой вклад в развитие ИБС.

По данным некоторых авторов, у больных ХОБЛ также возрастает риск развития нарушений ритма сердечной деятельности (наджелудочковые тахикардии регистрируются у 70% пациентов с тяжелым течением ХОБЛ, фибрилляция предсердий регистрируется у 8% пациентов) [2].

В исследовании, проведенном в ММА им. И.М. Сеченова г. Москва (А.М. Шилов, О.Ф. Тарасенко, А.О. Осия), показано, что у 47,5 % пациентов с ведущим диагнозом ХОБЛ имелась сопутствующая патология ИБС, в свою очередь у 36,8 % пациентов с ведущим диагнозом ИБС имелась сопутствующая патология ХОБЛ. Таким образом, это исследование показывает высокую частоту сочетаний ИБС и ХОБЛ. Авторы ис-

следования рекомендуют применять в комплексной терапии ИБС+ХОБЛ кардиоселективный бета-адреноблокатор бисопролол в пределах терапевтических доз (2,5 – 10 мг/сутки), при этом авторы указывают на документированный эффективный антиишемический эффект с клинически не значимым действием проходимости бронхиального дерева. [3]

Весьма интересным представляется исследование «Коморбидность у больных хронической обструктивной болезнью легких: место кардио-васкулярной патологии», проведенное Н.А. Кароли и А.П. Ребровым (Саратовский государственный медицинский университет). По данным этого исследования из 233 обследованных пациентов с ХОБЛ, у 27 % пациентов выявлена ИБС. Полученные в работе данные подтверждают, что ХОБЛ ассоциируется с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Целью нашего исследования является поиск наиболее безопасной терапии пациентов с сочетанной патологией бронхолегочной системы и сердечнососудистой системы.

У пациентов с острым коронарным синдромом важнейшим звеном комплексной терапии является снижение ЧСС. Частота сердечных сокращений на сегодняшний день является самостоятельным фактором риска, что доказано многими исследованиями.

У пациентов с ИБС и у здоровых лиц средняя ЧСС покоя прямо коррелирует с общей и сердечно-сосудистой смертностью [4]. Рост риска осложнений появляется при ЧСС>60 уд/мин и тем рельефнее, чем ЧСС выше [5]. Так, смертность среди лиц, переживших острый ИМ, на фоне ЧСС>90 уд/мин в 2 раза выше, чем на фоне ЧСС<70 уд/мин [6].

В общей популяции повышение ЧСС покоя тесно связано со смертностью. Так, за 36 лет наблюдения в когорте из 5070 лиц (на момент включения в Фрамингемское исследование никто не страдал сердечно-сосудистым заболеванием) сердечно-сосудистая смертность увеличивалась параллельно с ЧСС [7]. Учитывая такие факторы риска, как АГ и возраст [8], ЧССпокоя связана с прогнозом не как индикатор фонового заболевания, а как независимый фактор риска (по данным Фрамингемского исследования [9], израильского исследования CORDIS [10], французского PPS [11], итальянского MATISS), а анализ данных National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) подтвердил справедливость этого положения не только для представителей европеоидной, но и негроидной расы (мужчин и женщин) [12].

Чем ниже ЧСС покоя у лиц, перенесших ИМ, тем лучше прогноз: со снижением ЧСС на каждые 10 уд/мин риск сердечной смерти снижается на ≈30% [13].

Таким образом, применяя препараты группы бета-блокаторов, мы добиваемся снижения ЧСС у больных с ОКС. Но в то же время у препаратов данной группы имеются противопоказания, в частности это бронхообструктивный синдром. Есть ли альтернативный путь достижения целевых цифр ЧСС? На сегодняшний день имеется два альтернативных пути, это недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем) и сравнительно новая группа препаратов – блокаторы тока If-каналов (ивабрадин).

На сегодняшний день существует единственное действующее вещество из группы блокаторов тока If-каналов – ивабрадин (кораксан). Данные каналы в наибольшей концентрации располагаются в клетках синусового узла проводящей системы сердца, что позволяет утверждать, что препараты данной группы изолированно влияют на частоту сердечных сокращений, не оказывая нежелательных влияний, в частности, на легочную систему.

В ходе нашего исследования осмотрено порядка 300 пациентов с клиникой острого коронарного синдрома. Из них порядка 20% имели нарушения бронхиальной проходимости, однако в исследование были включены лишь 10% осмотренных пациентов, т.к. многие пациенты имели нарушения сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий, что является ограничением применения препаратов группы блокаторов тока If-каналов.

Характеристика групп пациентов:

13% женщины, 87% мужчины.

92% исследуемых имеют анамнез многолетнего табакокурения.

Средний возраст набранных пациентов составил 59,8 лет.

По данным предварительного анализа у большинства пациентов наблюдается достижение частоты сердечных сокращений менее 90 в покое, в среднем ЧСС составляет 67 уд в минуту, также у всех пациентов наблюдался регресс клиники ОКС, купировался болевой синдром.

У большинства пациентов целевой уровень ЧСС достигнут без назначения бета-адреноблокатора, лишь у одного пациента не удалось достичь целевого уровня ЧСС, вследствие чего была необходимость сочетания ивабрадина с минимальной дозировкой селективного бета-адреноблокатора.

Учитывая все вышесказанное, применение препаратов группы блокаторов тока If-каналов у пациентов с ОКС при наличии сопутствующего бронхообструктивного синдрома, представляется весьма перспективным методом индивидуализации и обеспечения безопасности терапии у пациентов данной группы.

Литература

1. Вахрушев Я.М., Ермаков Г.И., Шараев П.Н. Оценка метаболизма основного вещества соединительной ткани при хронической obstructивной болезни легких // Тер. архив. 2006. 78 (3), 13–16.
2. Миронов М.Б., Шепеленко А.Ф., Сидоров Ю. А. ХОБЛ и сочетанная кардиологическая патология // Лечащий Врач. 2006. № 8, 22–26.
3. Журнал «Лечащий врач», 2009.-N 7.-С. 44-48.
4. Palatini P, Julius S. Elevated heart rate: a major risk factor for cardiovascular disease. Clin Exp Hypertens 2004; 26: 637–44.
5. Fox K, Borer JS, et al. Heart Rate Working Group: Resting heart rate in cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 2007; 50: 823–30
6. Disegni E, Goldbourt U, Reicher-Reiss H et al. The predictive value of admission heart rate on mortality in patients with acute myocardial infarction. SPRINT Study Group (Secondary Prevention Reinfarction Israeli Nifedipine Trial). J Clin Epidemiol 1995; 48: 1197–205
7. Kannel WB, Kannel C, Paffenbarger RS Jr, Cupples LA. Heart rate and cardiovascular mortality: the Framingham Study. Am Heart J 1987; 113: 1489–94.
8. Palatini P, Benetos A, Grassi G et al. Identification and management of the hypertensive patient with elevated heart rate: statement of a European Society of Hypertension Consensus Meeting. J Hypertens 2006; 24: 603–10.
9. Gillman MW, Kannel WB, Belanger A, D'Agostino RB. Influence of heart rate on mortality among persons with hypertension: the Framingham Study. Am Heart J 1993; 125: 1148–54.
10. Kristal-Boneh E, Silber H, Harari G, Froom P. The association of resting heart rate with cardiovascular, cancer and all-cause mortality. Eight year follow-up of 3527 male Israeli employees (the CORDIS Study). Eur Heart J 2000; 21: 116–24.
11. Filipovsky J, Ducimetiere P, Safar ME. Prognostic significance of exercise blood pressure and heart rate in middle-aged men. Hypertension 1992; 20: 333–9.
12. Gillum RF, Makuc DM, Feldman JJ. Pulse rate, coronary heart disease, and death: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. Am Heart J 1991; 121: 172–7.
13. Diaz A, Bourassa MG, Guertin MC et al. Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. Eur Heart J 2005; 26: 967–74.