

Р.О. ОМАРОВА, Е.Ш. КУШЕРБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
ЖҰРЕКТІҢ ИШЕМИЯ АУРУЫНЫҢ ҚҰРАМА ТЕРАПИЯСЫ АРА ТІРКЕС МЕН ГИПОТИРЕОЗ ЖӘНЕ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Түйін: Тиреод дисфункция үлесті даму және атерогенез үдерісінің озықтығына енеді. Біздің зертте-көргізді, не «ИБС + гипотиреоз + дислипидемия», кешенді терапия сұрайды, қарамастан және розувастатин бас айтылмыш аурулардың тәуелсіз ишемияға қарсы ие болады.
Түйінді сөздер: гипотиреоз, ИБС, дислипидемия, розувастатин, конкор.

R.O. OMAROVA, E.SH. KUSHERBAEVA, ZH.M. NURMANANOVA, G.G. BEDELBAEVA
COMBINATION THERAPY CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH HYPOTHYROIDISM, AND DYSLIPIDEMIA

Resume: Thyroid dysfunction contributes to the development and progression of atherosclerosis process. Our study showed that comorbid condition «CHD + subclinical hypothyroidism + dyslipidemia», requires complex treatment, and rosuvastatin has an independent antiischemic in these patients.

Keywords: hypothyroidism, CHD, dyslipidemia, rosuvastatin, concor.

УДК: 616-06-616.071

А.А. РАХЫШЕВА, Б.Е. ЕРДАШ, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ТРУДНОСТИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Оценивая вклад каждого из коморбидных состояний (ИБС и ХОБЛ) в краткосрочный и отдаленный клинические исходы, исследователи пришли к заключению - дисфункция миокарда не только является важным предиктором повышения риска смерти в когорте пациентов с ХОБЛ, но имеет самостоятельное значение как фактор риска кардиоваскулярных осложнений.

Ключевые слова: ИБС, ХОБЛ.

Согласно данным Агентства по статистике РК, в 2011 году зарегистрировано 2284,3 случаев болезней системы кровообращения (БСК) на 100 тысяч населения. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в последнее десятилетие стойко занимает одно из ведущих мест в структуре обращаемости и смертности при БСК. Течение болезни, лечебные и профилактические программы в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых протекает ИБС. ИБС и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями, 62% больных ХОБЛ старших возрастных групп имеют ИБС (Карпов Р.С, Дудко В.А., 2004; Чучалин А.Г., 2008).

При курации пациентов с коморбидной патологией перед врачом в клинической практике всегда встают вопросы диагностики и лечения данного состояния.

Снижение ОФВ1 на 10% увеличивает вероятность смертельного исхода у больного с сочетанной патологией ИБС на 14% (Чучалин А.Г., 2008). У пациентов с ХОБЛ на 26% чаще развивается ИМ, а в 34% случаев выявляется сопутствующая ИБС (Danish Nationwide Study, 2011). Пациенты с ХОБЛ наиболее часто погибали не от респираторных заболеваний, а от кардиоваскулярных причин около 25% случаев (Бугаенко В.В., 2012).

ИБС и ХОБЛ достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями, 62% больных ХОБЛ старших возрастных групп имеют ИБС. (Карпов Р.С, Дудко В.А., 2004; Чучалин А.Г., 2008).

Актуальность коморбидной патологии определяется:

- Единими факторами риска (курение!);
 - Возрастными морфо-функциональными изменениями органов дыхания и ССС.
 - Сложностью диагностики «одно заболевание или два», «конкурирующее или сопутствующее».
 - Стертостью и не специфичностью проявлений болезней у пожилых – ББИМ при ХОБЛ.
 - Трудностью при выборе рациональной терапии.
 - Нередким развитием осложнений как вследствие заболеваний, так и вследствие медикаментозной терапии.
- Клиническое значение ассоциированной сердечно-сосудистой патологии при ХОБЛ заключается в следующем:
- Патогенетические взаимосвязи (пульмогенная гипертония).

- Синдром взаимного отягощения.
 - Особенности клинического течения.
 - Трудности диагностики.
 - Проблемы ведения больных.
 - Особенности медикаментозной терапии (побочные эффекты, лекарственные взаимодействия и др.).
- Таким образом, сочетание ХОБЛ и ИБС является прогностически неблагоприятным вследствие взаимного патогенетического отягощения течения заболеваний и раннего развития хронического легочного сердца.
- Диагностика ИБС у больных ХОБЛ затруднена. Нагрузочные тесты ЭКГ, скintiграфия миокарда, ХМЭКГ, ЭХОКГ не обладают у этих больных достаточным уровнем специфичности и чувствительности в диагностике ишемии миокарда (Синопальников А.И., 1989; Чернецов В.А., 2000).
- ХОБЛ увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний и это обусловлено следующим (Бугаенко В.В., 2007):
- изменение вентиляции - ведет к гипоксии; есть предположение, что первопричиной гипоксии является редукция капиллярного русла;
 - у этой категории пациентов наблюдается нарушение реологических свойств крови – развивается гиперкоагуляция;
 - у этих пациентов развивается легочная гипертония, которая ведет к увеличению размеров левого предсердия и правого желудочка – к развитию диастолической дисфункции сердца.
- Несмотря на достаточную изученность ХОБЛ и ИБС - сочетание этих заболеваний изучено недостаточно (Rutten F.H. et al., 2005; Le Jemtel T.H. et al., 2007). Диастолическая дисфункция ЛЖ впоследствии приводит к развитию диастолической сердечной недостаточности, основным проявлением которой, как известно, является одышка. Клинически сложный вопрос - это определение различий между сердечной и легочной одышкой (Rennard S., 2005). Поэтому, точная диагностика стадии диастолической дисфункции ЛЖ является необходимой в обследовании пациентов с ХОБЛ и при сочетании с ИБС. Частое возрастное сочетание ИБС и ХОБЛ не позволяет использовать традиционные критерии нормы и диастолической дисфункции левого желудочка в этой группе больных, а следовательно, сделать выводы об истинной дисфункции левых отделов сердца у больных с ХОБЛ и у больных с ХОБЛ и ИБС (Vizza C.D. et

al., 1998; Boussuges A. et al., 2000; Alpert J.S., 2001; Rutten F.H. et al., 2005).

Использование только стандартных доплероэхокардиографических параметров затрудняет разделение больных по стадиям диастолической дисфункции ЛЖ, т.к. параметры импульсно-волнового доплера проходят стадию псевдонормализации. Рядом авторов выявлена линейная зависимость отдельных параметров тканевого доплера для градации диастолической дисфункции ЛЖ при различной кардиальной патологии (Алехин М.Н. и др. 2006; Беленков Ю.Н., Агманова Э.Т., 2007; Zile M.R., Brutsaert D.L., 2002; Galderisi M., 2005; Sousa A.C., 2006). Однако, у больных с ХОБЛ и в сочетании ХОБЛ и ИБС отсутствуют литературные данные, посвященные изучению параметров тканевого доплера с учетом изменения диастолической функции ЛЖ по стадиям и в аспекте межжелудочкового взаимодействия.

Ранее существовало мнение, что пациенты с хроническим бронхитом, бронхиальной астмой реже болеют ИБС. Но в настоящее время в литературе появились сообщения, что ХОБЛ увеличивают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, и это обусловлено следующим:

- у данной категории пациентов наблюдают нарушение реологических свойств крови – развивается гиперкоагуляция;
- изменение вентиляции ведет к гипоксии, есть предположения, что редукция капиллярного русла является первопричиной гипоксии;
- у этих больных развивается легочная гипертензия, которая ведет к увеличению размеров левого предсердия и правого желудочка, а это в свою очередь – к развитию диастолической дисфункции сердца.

Одновременное течение ИБС и ХОБЛ характеризуется взаимным отягощением. Возникновению такой сочетанной патологии способствуют определенные патогенетические факторы. Развивающаяся при ХОБЛ гипоксия и ее компенсаторные механизмы (эритроцитоз, тахикардия) приводят к повышению потребности миокарда в кислороде в условиях недостаточной оксигенации крови и ухудшению микроциркуляции.

Внедрение в клиническую практику новых методов исследования (холтеровское мониторирование, ультразвуковое исследование сердца, нагрузочное тестирование) позволило установить, что хронические неспецифические заболевания легких следует рассматривать как фактор, повышающий риск развития ИБС в 2-3 раза. Сочетаемость ИБС и ХОБЛ, по данным различных исследований, у лиц старших возрастных групп достигает 62%, а 15-летняя выживаемость таких пациентов составляет не более 25%.

Особенности клинической картины ИБС у больных ХОБЛ. В настоящее время в клиническую практику внедрены клинические протоколы диагностики и лечения ХОБЛ и ИБС. Однако стандарты диагностики и лечения сочетанной патологии не разработаны. Поэтому врачам в клинической практике приходится ориентироваться на диагностические критерии изолированной патологии.

ИБС у больных ХОБЛ проявляется тремя основными вариантами течения: стенокардитическим (30-43%), бронхообструктивным (10-12%), безболевым (47-58%). Безболевой вариант приводит к тому, что манифестация ИБС у больных ХОБЛ зачастую начинается с острого инфаркта миокарда.

Отмечена связь частоты развития ишемии с тяжестью течения ХОБЛ: при легком течении безболевые формы в 2 раза превышали количество болевых эпизодов, при среднетяжелом – в 1,5 раза, а при тяжелом течении болевые и безболевые формы регистрировались с одинаковой частотой. Основное значение в диагностике безболевой ишемии принадлежит дополнительным методам исследования.

Определенные трудности отмечаются в трактовке болевого синдрома в области сердца. Болевые ощущения могут иметь место как при ИБС, так и при развитии легочного сердца на фоне ХОБЛ. Поэтому очень важно установить влияние физической нагрузки на появление болевого приступа, для чего предложен стандартизированный опросник Роуза (см. табл. 2).

В качестве клинического эквивалента ишемии миокарда рассматривается *одышка*. Она возникает в том случае, когда на

высоте появившейся обширной ишемии сократительная функция миокарда левого желудочка снижается настолько, что миокард не в состоянии перемещать в аорту поступающую кровь адекватно потребностям организма. При этом остро развиваются застойные явления в легких, выражающиеся одышкой. Однако трактовка этого симптома как проявления коронарной недостаточности у больных ХОБЛ, испытывающих одышку практически постоянно, также существенно затруднена. Выяснить ведущую причину одышки помогут подробный анализ клинической картины и исследование функции внешнего дыхания. Снижение показателя ЖЕЛ (жизненной емкости легких) при сохраняющемся на прежнем уровне ОФВ1 наводит на мысль о прогрессировании застойных явлений в малом круге. Степень нарушения проходимости мелких дыхательных путей характеризуется ОФВ1.

Переносимость физической нагрузки при ИБС находится в прямой зависимости от коронарного резерва. При наличии ХОБЛ у больного ИБС на переносимость физической нагрузки влияет также нарушение функции внешнего дыхания. Обострение ХОБЛ, часто сопровождающееся значительным снижением ОФВ1 и нарастанием гипоксии, может спровоцировать обострение ИБС.

При оценке суточного мониторирования ЭКГ установлено, что у большинства больных ХОБЛ (84-100%) встречаются различные нарушения ритма. У лиц, страдающих ХОБЛ нетяжелого течения, преобладают наджелудочковые аритмии (до 90%), возникновение которых связывают с влиянием нарушений механики дыхания на систему кровообращения, побочными действиями принимаемых медикаментов (теофиллины, β_2 -агонисты). Часто регистрируются синусовая тахикардия, предсердная экстрасистолия, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

Желудочковые аритмии отмечаются у 48-74% больных ХОБЛ с хроническим легочным сердцем, нарушением газового состава крови. Среди желудочковых нарушений ритма аритмии высоких градаций по Лауну (частая, групповая, политопная желудочковая экстрасистолия, эпизоды желудочковой тахикардии) составляют от 68 до 93%. Нарушения ритма такого характера, являясь потенциально опасными в отношении развития фибрилляции желудочков, могут определять прогноз жизни пациентов. Около половины случаев летального исхода больных с хроническим легочным сердцем приходится на внезапную смерть. К тому же по мере прогрессирования сердечной недостаточности и гипоксемии повышается вероятность аритмогенного эффекта принимаемых бронхолитических препаратов.

Нарушения ритма встречаются у 72-96% больных ИБС и весьма разнообразны по структуре. Мерцательная аритмия, частые предсердные экстрасистолы способствуют снижению эффективности сокращения предсердий. Развивающиеся при этом изменения внутрисердечной гемодинамики ведут к повышению давления крови в сосудах малого круга кровообращения и развитию венозной легочной гипертензии. Установлено, что эпизодам ишемии миокарда сопутствует развитие различных нарушений ритма по типу тахи-, брадиаритмий, аритмий высоких градаций по Лауну, а также удлинение интервала Q-T. Такие нарушения ритма служат основной причиной развития фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии (в 80% случаев), асистолии или выраженной брадикардии (в 20% случаев). Угроза развития фатальных аритмий и, как следствие, внезапной смерти особенно высока у больных ИБС с безболевой ишемией миокарда.

Таким образом, сочетание у больного ХОБЛ и ИБС обуславливает увеличение вероятности развития нарушений ритма сердца, в том числе прогностически неблагоприятных форм. Поэтому для данной категории больных особенно необходима терапия, направленная на профилактику аритмической смерти.

Диагностические критерии ИБС:

1. Типичные проявления стенокардии с использованием стандартизированного опросника Роуза.
2. Анамнез (факторы риска, перенесенные инфаркты).

3. ЭКГ-признаки коронарной недостаточности:

- ЭКГ покоя, при приступе;
- холтеровское ЭКГ-мониторирование;
- нагрузочные тесты;
- стресс-ЭхоКС;
- изотопная вентрикулография.

4. Нарушение общей и регионарной сократимости миокарда, наличие аневризмы сердца, выраженных атеросклеротических изменений аорты, клапанов сердца (ЭхоКС, стресс-Эхо-КС, радионуклидная вентрикулография).

5. Наличие признаков диастолической дисфункции миокарда: доплерографическое исследование.

6. Наличие зон миокарда со сниженной перфузией: скintiграфия миокарда с ²⁰¹Tl.

7. Наличие зон окклюзии при проведении коронарографии.

Диагностика ИБС у больных ХОБЛ базируется на следующих принципах:

1. Активное выявление: целенаправленный расспрос и тщательный анализ клинической картины с целью выявления диагностических критериев.
2. Определяющая роль дополнительных методов исследования: ВЭМ, ЭхоКС, холтеровское ЭКГ-мониторирование, нагрузочные тесты и др.
3. При стабилизации ХОБЛ исследования имеют наибольшую информативность.

Итак, современный уровень диагностики показал реальную возможность сочетания ХОБЛ и ИБС. К тому же в обществе имеются серьезные социальные предпосылки к одновременному развитию указанных заболеваний: широкая распространенность курения, загрязнение атмосферы различными поллютантами, стрессогенные факторы, недостаточная физическая активность, неправильное питание. Течение сочетанной патологии характеризуется определенными клиническими особенностями и неблагоприятным прогнозом. Поэтому главная задача врача на этапе диагностики - раннее выявление у больного ХОБЛ диагностических критериев ИБС. Диагностика должна носить целенаправленный характер и осуществляться с использованием дополнительных методов исследования.

Диагностика затруднена тем, что при дыхательной и сердечной недостаточности клинические проявления могут быть очень похожими. Больные нуждаются в том, чтобы данная клиническая проблема получила четкое диагностическое разрешение.

В настоящее время золотым стандартом объективизации состояния сердечной мышцы у пациентов с ИБС и СН с сопутствующим ХОЗЛ является магниторезонансная томография, позволяющая с высокой точностью и безопасностью для пациента оценить объемы и фракцию выброса ЛЖ и ПЖ, трансклапанные потоки, выраженность миокардиофиброза.

По результатам проведенного 5-летнего анализа выживаемости лиц с ХОБЛ основными предикторами смерти (Antonelli-Incalzi R. et al., 1997):

- возраст,
- признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ,
- хроническая почечная недостаточность,

- перенесенный инфаркт миокарда,
- снижение фракции выброса.

Ряд исследователей отрицают влияние и наличие устойчивой взаимосвязи между ХОБЛ, СН, фибрилляцией предсердий и частотой инсультов, которые у этих пациентов наблюдаются несколько чаще. Уровень легочной гипертензии зависит от соотношения эндотелина-1 и эндотелиального релаксирующего фактора, который, в свою очередь, зависит от выраженности гипоксии. Уже доказано, что эндотелин-1 влияет не только на тонус сосудов, но и на сердечную мышцу и ведет, в конечном итоге, к ремоделированию как левого (ЛЖ), так и правого (ПЖ) желудочков сердца и, как следствие, к снижению сократительной функции миокарда. При этом вначале развивается диастолическая дисфункция. Патогенез гипертрофии ПЖ сложен и включает еще много других факторов, ведущих к повышению сосудистого сопротивления и давления в малом круге кровообращения. Эндотелин-1 – один из наиболее мощных вазоконстрикторов, действие которого обусловлено взаимодействием с рецепторами типа А. Существует корреляционная связь между уровнем эндотелина-1 и выраженностью атеросклероза венечных артерий. К настоящему времени уже закончено несколько исследований, посвященных изучению прогностического значения уровня эндотелина-1 в возникновении смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Трудности в диагностике ИБС:

- Одышка, имеющаяся у больных с ХОБЛ, заставляет его снижать объемы физической нагрузки, что является причиной отсутствия стенокардии напряжения у данной категории больных.
- Заметное снижение толерантности к физической нагрузке у больного с ХОБЛ при отсутствии ухудшения ОФВ1 - повод для уточнения состояния сердца (ЭКГ-мониторирование по Холтеру, ЭХОКГ, коронарография).
- Наличие признаков СН связывают с декомпенсацией ЛС, а не наличием сопутствующей ИБС.
- Наличие нарушений ритма, относят к побочному эффекту применения бронхолитических препаратов (зуфиллин).
- Применение неинвазивных фармакологических стресс-тестов для диагностики перфузии миокарда с дипиридамолом при ХОБЛ не показано. Дипиридамолом - является антагонистом теофиллина.
- Ответный эффект на ингаляционный β_2 -агонист - по сравнению с нитроглицерином, максимальный эффект β_2 -агонистов развивается позднее (15–20 мин).
- Оценить изменения сегмента ST во время одышки при холтеровском мониторинге или нагрузочной пробе часто трудно, поскольку движения грудной клетки приводят к появлению артефактов на ЭКГ.
- Оценивая вклад каждого из коморбидных состояний в краткосрочный и отдаленный клинические исходы, исследователи пришли к заключению - дисфункция миокарда не только является важным предиктором повышения риска смерти в когорте пациентов с ХОБЛ, но имеет самостоятельное значение как фактор риска кардиоваскулярных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеев З.К. Особенности клинического течения и диагностики ишемической болезни сердца на фоне хронических обструктивных заболеваний легких: автореф. дис. ... д-ра мед. - Харьков, 1992. - 20 с.
- 2 Бова А.А., Лапичкий Д.В. Современные подходы к диагностике и лечению ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких. //Медицинские новости. - 2007. - №9. – С.7-14.
- 3 Долинская М.Г. Клинико-патогенетическая характеристика и лечение больных хроническим обструктивным бронхитом с сопутствующей ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. мед. – Луганск: 1999.
- 4 Кляшев С.М. Диагностика функций кардиореспираторной системы и возможные пути их коррекции у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом: автореф. дис. ... д-ра мед. – Тюмень: 2000.
- 5 Козлова Л.И. Функциональное состояние респираторной и сердечно-сосудистой систем больных хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... д-ра мед. – М.: 2001.
- 6 Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Передельская О.А., Аксельрод А.С. Влияние больших доз бронхолитических препаратов на состояние сердечно-сосудистой системы при лечении тяжелого обострения бронхиальной астмы. //Кардиология. – 2004. - 44 (2). – С. 65–69.

- 7 Федосеев Г.Б., Ровкина Е.И., Рудинский К.А., Филиппов А.А. Коррекция повышенного артериального давления антагонистами кальция у пациентов с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом. //Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2002. - 4 (4). – С. 35–37.
- 8 Черейская Н.К. ИБС и ХОБЛ: особенности диагностики и лечения сочетанной патологии. – М.: 2007. – С.18.
- 9 Чичерина Е.Н., Шипицина В.В., Малых С.В. // Пульмонология. – 2003. - № 6. – С. 97-102.
- 10 Ahmad Z, Singh SK. Relative and additional bronchodilator response of salbutamol and ipratropium in smoker and nonsmoker asthmatics. J Asthma 2010. - 47 (3). – P. 340–343.
- 11 Bozkanat E, Tozkoparan E, Baysan O et al. The significance of elevated brain natriuretic peptide levels in chronic obstructive pulmonary disease. J Int Med Res. – 2005. - 33(5). – P.537–544.
- 12 Dhuper S, Chandra A, Ahmed A. Efficacy and cost comparisons of bronchodilator administration between metered dose inhalers with disposable spacers and nebulizers for acute asthma in an inner-city adult population. J Emerg Med. – 2008. - Dec 10.
- 13 Schellenbaum GD, Rea TD, Heckbert SR et al. Survival associated with two sets of diagnostic criteria for congestive heart failure. Am J Epidemiol. - 2004. - 160(7). – P.628–635.
- 14 Gehlbach BK, Geppert E. The pulmonary manifestations of left heart failure. Chest. – 2004. - 125(2). – P.669–682.

А.А. РАХЫШЕВА, Б.Е. ЕРДАШ, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
ЖИА АУРУЫНЫҢ КУРАЦИИ ЗОРЛАРЫ АРА ТІРКЕС МЕН ӨСОА

Түйін: Бағала үлес бас-басы осы коморбидты күй (ЖИА және ӨСОА) қысқа мерзімді және оғаш клиникалық тыным, зерттеуші ұйғарыс - дисфункция миокард тек болып табыл- маңызды предиктор көтермелеу тәуекел ажал ара емделуші мен ӨСОА, бірақ дербес мағына сияқты фактор тәуекел кардиоваскуляр шиеленіс.

Түйінді сөздер: ЖИА, ӨСОА.

A.A. RAHYSHEVA, B.E. ERDASH, ZH.M. NURMAHANOVA, G.G. BEDELBAEVA
DIFFICULTIES CURATION OF PATIENT WITH CHD AND COPD

Resume: Assessing the contribution of each of the comorbid conditions (CHD and COPD) in short-term and long-term clinical outcomes, the researchers came to the conclusion - myocardial dysfunction is not only an important predictor of increased risk of death in a cohort of patients with COPD, but has an independent significance as a risk factor for cardiovascular complications.

Keywords: CHD, COPD.

УДК: 616.127-005.8-616.248

А.С. САРМАЛАЕВ, Е.Т. ТИЛЕУОВ, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ТЕРАПИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

В настоящее время в клиническую практику внедрены клинические протоколы диагностики и лечения ХОБЛ и ИБС. Однако стандарты диагностики и лечения сочетанной патологии не разработаны. Поэтому врачу в клинической практике приходится ориентироваться на диагностические критерии изолированной патологии. Пациенты с сочетанной патологией относятся к категории проблемных. Для их эффективного лечения необходимы глубокие знания преимуществ и недостатков применяемых препаратов.

Ключевые слова: ИБС, ХОБЛ.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями, 62% больных ХОБЛ старших возрастных групп имеют ИБС. (Карпов Р.С, Дудко В.А., 2004; Чучалин А.Г., 2008).

В настоящее время в клиническую практику внедрены клинические протоколы диагностики и лечения ХОБЛ и ИБС. Однако стандарты диагностики и лечения сочетанной патологии не разработаны. Поэтому врачу в клинической практике приходится ориентироваться на диагностические критерии изолированной патологии.

Пациенты с сочетанной патологией относятся к категории проблемных. Для их эффективного лечения необходимы глубокие знания преимуществ и недостатков применяемых препаратов.

Основу терапии больных с ХОБЛ составляют преимущественно короткодействующие ингаляционные бронходилататоры (агонисты β_2 -адренорецепторов) и антихолинергические лекарственные средства (АХЛС), а также метилксантины.

Применение ингаляционных глюкокортикостероидов рекомендовано только больным с тяжелой формой ХОБЛ на фоне терапии бронходилататорами.

В 2008г. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США инициировало дискуссию, основанную на результатах метаанализа 29 рандомизированных клинических исследований, после появившихся данных о возможном повышении риска возникновения мозгового инсульта у лиц с ХОБЛ, длительно принимавших АХЛС.

Бронхолитическая терапия повышает риск развития аритмий - наиболее высокий риск вариантов нарушений сердечного ритма связан с применением КДБД (теофиллина) и пероральных ГКС. Ингаляции глюкокортикостероидов ассоциируются со снижением риска инфаркта миокарда, общей и сердечно-сосудистой смертности при ХОБЛ (Nurses' Health Study, EUROSCOP).

Мета-анализы многих исследований не исключают опасность пролонгированных β_2 -агонистов, которая может быть снижена одновременным приемом ингаляционных кортикостероидов.