

Клиника и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с патологией сердечно-сосудистой системы

Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М., Артюхов И.П.

Clinic and treatment of bronchial asthma, combined with cardiovascular pathology

Demko I.V., Gordeyeva N.V., Petrova M.M., Artyukhov I.P.

Красноярская государственная медицинская академия, г. Красноярск

© Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М., Артюхов И.П.

Цель исследования — изучить частоту встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных бронхиальной астмой (БА), влияние заболеваний ССС на течение и степень тяжести БА, роль базисной и симптоматической терапии; оценить качество диагностики и лечения ССС у больных БА. Проанализированы данные регистра больных БА г. Красноярск за 2005 г. (5 104 пациента). Частота встречаемости БА в сочетании с патологией ССС высока и составляет 88,3%. Наибольшее количество больных с тяжелым течением БА — 55%, средней степени тяжести — 44%, имеющих группу инвалидности — 64%. Выявлено, что патология ССС чаще регистрируется уже на фоне имеющейся БА. У части больных терапия кардиальной патологии до диагностики БА включала препараты, влияющие на гиперреактивность, и могла способствовать формированию или обострению астмы. Базисная терапия БА в большинстве случаев не соответствовала степени тяжести астмы и рекомендациям GINA. Отсутствие контроля симптомов также связано с нерегулярным исследованием функциональной способности легких и с недостаточным вниманием к диагностике и лечению сопутствующих заболеваний органов ССС. Для улучшения контроля астмы, уменьшения количества обострений, unplanned визитов к врачу, вызовов скорой медицинской помощи необходимо не только назначение адекватного лечения, но и обучение пациентов с целью достижения комплаенса в выполнении рекомендаций, устранение факторов риска, провоцирующих обострение БА, и лечение сопутствующей патологии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, патология сердечно-сосудистой системы, степень тяжести, лечение.

The purpose of research — to study cardiovascular diseases frequency in patients with bronchial asthma (BA), the influence of cardiovascular disease on clinical course and severity of BA, the role of base and symptomatic therapy, to evaluate quality of diagnostics and treatment of cardiovascular disease in patients with BA. The date of patients' register BA in Krasnoyarsk (2005) was analyzed — 5 104 patients. The frequency of occurrence of BA with cardiovascular pathology is high and amounts to 88,3%. Small number of patients with severity course of BA — 55%, middle severity stage — 44%, invalidity — 64%. It was revealed, that cardiovascular pathology appears against a background BA. The part of patients with cardiac pathology before BA diagnostics had therapy, influenced on hyperactivity and this therapy assisted in forming and worsening of asthma. Base therapy of BA in most cases did not correspond to severity stage of asthma and recommendations of GINA. The absences of symptom control is bound up with unregular research functional lung ability and with insufficient attention to diagnostics and treatment accompanied pathology of cardiovascular organs. Not only adequate therapy but study of patients with the purpose of complex realization of recommendation, decrees of risk factors and treatment of accompanied pathology is necessary for improvement of asthma control, decrease of exacerbation number, unplanned visits of doctor and calls to emergency.

Key words: bronchial asthma, pathology of cardiovascular system, severity of stage, treatment.

УДК 616.24-07-08:616.12

Введение

В настоящее время растет удельный вес больных бронхиальной астмой (БА), которые страдают заболеваниями органов внелегочной сферы. Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. Большую распространенность получило сочетание БА и патологии органов кровообращения. Заболевания

сердечно-сосудистой системы (ССС) вносят существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения [1, 10, 14].

Наиболее часто встречается сочетание **БА и артериальной гипертензии (АГ)**. Неконтролируемая АГ оказывает существенное негативное влияние на внутрилегочную гемодинамику и бронхиальную проходимость. По данным разных авторов,

частота выявления АГ у лиц с бронхиальной обструкцией в среднем составляет 34,3%. Причины АГ у больных БА многообразны. В 36,6% случаев она оценивается как гипертоническая болезнь, в 63,4% — как симптоматическая гипертензия. В работах ряда авторов отмечалось, что у 20—25% пациентов АГ начинается на несколько лет позже легочного заболевания [3, 5, 9]. Современные подходы к ведению больных АГ в сочетании с БА предполагают тщательный контроль за уровнем артериального давления и как можно более раннее назначение антигипертензивных препаратов. Лечение АГ у больных БА представляет определенные трудности, так как антигипертензивные препараты должны быть совместимы с базисными средствами лечения БА и не оказывать негативного влияния на ее течение. Некоторые антигипертензивные препараты способны вызывать астматические приступы, а также другие нежелательные реакции.

Препаратами выбора в лечении АГ при БА признаны антагонисты кальция, особенно производные дигидропиридина (нифедипин). Показано, что антагонисты кальция, помимо периферической вазодилатации и гипотензивного действия в большом круге кровообращения, оказывают непосредственное вазодилатирующее влияние на сосуды легких (т.е. являются легочными вазодилататорами). При лекарственных пробах они расширяют легочные сосуды, если их начальный тонус повышен, и не дают эффекта, если исходный тонус низкий. Таким образом, использование антагонистов кальция является оптимальным при АГ у больных БА.

Бронхиальная астма и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Господствовавшие в течение десятилетий представления об относительной редкости сочетания БА и атеросклероза, в частности коронарной локализации, в настоящее время подвергаются принципиальному пересмотру. Публикации последних лет свидетельствуют, что подобное сочетание все чаще встречается в повседневной клинической практике, что обусловлено как повышением заболеваемости ИБС и БА, так и увеличением гериатрической популяции больных, у которых подобное сочетание весьма распространено [9, 10, 12]. С большой степенью вероятности можно предположить, что сочетание ИБС и БА у одного больного носит случайный характер; вряд ли справедливо рассматривать легочное заболевание как возможный провокатор атеросклеротического поражения венечных артерий сердца. В разные периоды БА наблюдаются фазовые изменения сопутствующей ИБС, что подтверждается клиническим течением и ЭКГ-мониторированием. В период обострения БА

происходит регресс клинических и ЭКГ-проявлений ИБС, тогда как после купирования легочного процесса отмечается возврат симптомов ИБС и отчетливо чаще регистрируются эпизоды преходящей ишемии миокарда.

БА и инфаркт миокарда (ИМ). По имеющимся литературным данным, в среднем через 30 дней от начала развития ИМ у больных диагностировалось обострение БА (у 25% больных) [4, 6, 8]. При этом ни у одного из них не удалось установить ятрогенную природу обострения бронхолегочного процесса, пациенты в период госпитализации не перенесли интеркуррентных вирусных респираторных заболеваний, не изменялась и привычная противоастматическая терапия. Предполагается, что обострение БА в поздние сроки ИМ является симптомокомплексом, имеющим аллергическое происхождение (перед обострением БА наблюдается преходящая эозинофилия крови). Приблизительно у каждого третьего больного БА инфаркт миокарда был первым клиническим проявлением ИБС, что может быть объяснено субъективным фактором: у больных этой категории болевой синдром нередко скрадывается одышкой и, напротив, одышка представляет собой клинический эквивалент стенокардии. В литературе имеются единичные сведения об относительно большой частоте атипичных, в частности безболевого, форм ИМ у больных с сопутствующей БА [2].

БА и нарушение ритма. По данным ряда авторов, аритмии встречаются у 40—90% больных БА (преобладают наджелудочковые аритмии). Появление сложных нарушений сердечного ритма свидетельствует о неблагоприятном ближайшем прогнозе. Применение большинства противоаритмических препаратов у пациентов, страдающих БА, затруднено или противопоказано из-за их побочных эффектов. Так, β-адреноблокаторы ухудшают бронхиальную проходимость, препараты первой группы (лидокаин) способны угнетать дыхательный центр, вызывать удлинение интервала Q—T (новокаинамид), препараты группы кордарона вызывают интерстициальный фиброз легких [4, 6]. Общепризнано аритмогенное значение нарушений внутриклеточного обмена кальция, в частности его избыток, у больных БА, поэтому в качестве антиаритмических средств препаратами выбора являются блокаторы кальциевых каналов. В первую очередь это препараты из группы фенилалкиламинов (верапамил) и бензотиазепинов (дилтиазем) [11].

Влияние базисной терапии БА на ССС. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) являются ведущими препаратами в лечении БА. ИГКС обладают выраженным про-

тивовоспалительным действием, уменьшают гиперреактивность бронхов и клинические проявления астмы. В настоящее время и национальные, и международные стандарты ведения больных астмой рекомендуют применение ИГКС в сочетании с длительнодействующими β_2 -агонистами как препаратами первой линии в лечении БА среднетяжелого и тяжелого течения [7, 13—15].

Лечение больных с сочетанной патологией всегда представляет определенные трудности, что может быть связано с возрастающим риском ятрогенного воздействия. При длительном лечении системными глюкокортикостероидами (СГКС) могут развиваться нежелательные явления: миокардиодистрофия и артериальная гипертония, которая сопровождается гипертрофией левого желудочка. Обнаружено влияние терапии СГКС на антикоагулянтную активность крови. У больных БА, получающих терапию СГКС, отмечено снижение уровня антитромбина-III по сравнению с больными, не получающими СГКС, что является риском развития тромбозов у данной категории больных астмой. Также отмечается снижение антитромбогенной активности эндотелия, способное привести к адгезии и агрегации тромбоцитов, образованию и отложению фибрина на сосудистой стенке, т.е. опять же приводит к повышению риска тромбообразования у данной категории пациентов. Поэтому некоторые ученые считают целесообразным включить в комплексную терапию больных, получающих длительную терапию СГКС, антиагреганты. Известно, что СГКС изменяют метаболизм липидов в сторону повышения холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), способствуя тем самым прогрессированию атеросклероза [8].

Известен ряд негативных побочных действий теофиллина, в частности на ССС. Препаратами выбора в качестве бронходилататоров являются β_2 -агонисты. Вместе с тем, по мнению большинства исследователей, селективность β_2 -агонистов носит дозозависимый характер. При частом, бесконтрольном применении могут стимулироваться β_1 -рецепторы, что увеличивает частоту сердечных сокращений, ударный и минутный объем крови, повышает потребность миокарда в кислороде. Кроме того, стимуляция β_1 -рецепторов миокарда вызывает повышение проводимости, автоматизма и возбудимости, т.е. возбуждение эктопической активности сердца. При правильном режиме дозирования они не оказывают аритмогенного эффекта и не усугубляют уже имеющиеся нарушения сердечного ритма [3].

Цель данного исследования — изучить частоту встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных БА в г. Красноярске; влияние заболеваний ССС на тече-

ние и степень тяжести БА, роль базисной и симптоматической терапии; оценить качество диагностики и лечения заболеваний ССС у больных БА.

Материал и методы

Проанализированы данные регистра больных БА г. Красноярска за 2005 г. (5 104 пациента), находившихся на диспансерном наблюдении у специалистов амбулаторно-поликлинического звена, преимущественно у участковых терапевтов и частично — у пульмонологов, аллергологов. Информация получена из медицинской документации: амбулаторных карт, ф. 30 — диспансерного наблюдения и выписок из историй болезни — у лиц, имевших госпитализацию за последний год. Использованы данные инструментального и лабораторного обследования, включающие исследование функции вентиляции легких с помощью спирометрии, определение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду, индекса Тиффно, пикфлоуметрии, ЭКГ, ЭхоКГ. Изучались такие основные аспекты, как время установления диагноза БА и заболевания ССС, длительность течения БА, количество обострений за последние 12 мес и число госпитализаций, группа инвалидности, осложнения БА, а также терапия БА и заболеваний ССС. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0 («StatSoft Inc.», США). Для оценки различий показателей по сравнению с исходными данными были использованы *t*-критерий Стьюдента и непараметрический тест Вилкоксона (в случаях, когда распределение полученных цифровых данных не соответствовало нормальному). Достоверность качественных различий вычислялась с помощью точного критерия Фишера. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Общее количество пациентов БА, включенных в регистр, составляет 5 104 человека в возрасте от 15 до 76 лет. На рис. 1 представлено распределение больных в группах по возрасту и полу.

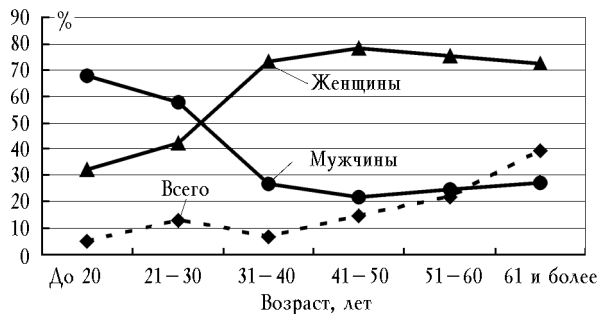


Рис. 1. Распределение больных БА в регистре по возрасту и полу

Как видно из рис. 1, большинство пациентов имеют возраст старше 50 лет — 61%, из них доля пациентов старше 60 лет составляет 39,5%. У лиц в возрасте до 20 лет астма зарегистрирована лишь в 4,9% случаев, в то время как известно, что БА возникает чаще в более раннем возрасте, и такой низкий удельный вес у молодых свидетельствует о недостаточной диагностике

ранней, более легкой степени тяжести БА. Обращает на себя внимание резкое снижение заболеваемости БА в возрасте от 31 до 40 лет, на указанный период приходится всего 6,6% от общего количества зарегистрированных больных. У пациентов предшествующей возрастной когорты — от 21 до 30 лет — данный показатель почти в 2 раза выше и составляет 12,9%. Возможно, это связано с отсутствием четкого динамического диспансерного наблюдения со стороны врачей первичного звена за основной, трудоспособной категорией пациентов, страдающих БА. Занятость больных в социально-активном производстве, отсутствие времени на посещения врача и критического отношения к своему здоровью в дальнейшем приводят к нерегулярному лечению и прогрессированию не только астмы, но и другой серьезной соматической патологии, в том числе и ССС, не диагностируемой своевременно.

Демографическая и клиническая характеристика больных представлена в табл. 1 и 2 соответственно. Как видно из табл. 1 и 2, большинство пациентов имели сопутствующие внелегочные заболевания — 3 502 (68,6%), не зарегистрировано изменений со стороны других органов у 1 602 (31,4%) человек. Следует отметить, что кроме заболеваний ССС достаточно часто встречались патология желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, паразитарная инвазия, болезни ЛОР-органов.

Таблица 1

Характеристика пациентов с БА без сопутствующих заболеваний и имеющих внелегочную патологию

Больные БА	Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Стаж БА, лет
Не имеющие сопутствующей патологии (n = 1 602) (31,4%)	39,9 ± 0,4*	688 (42,9%)*	914 (57,1%)*	7,69 ± 0,2*
Имеющие сопутствующую патологию (n = 3 502) (68,6%)	59,1 ± 0,3*	938 (26,8%)*	2564 (73,2%)*	9,36 ± 0,2*

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: n — количество пациентов.

* Достоверность различий между группами $p < 0,001$.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от сопутствующих заболеваний, формы БА и степени тяжести, абс. (%)

Больные БА	Форма БА			Степень тяжести		
	ЭкБА	ЭнБА	СБА	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Не имеющие сопутствующей патологии (n = 1 602)	807 (51,3)	368 (23,4)	427 (25,3)	838 (53,3)	645 (40,1)	119 (6,6)
Имеющие сопутствующую патологию (n = 3 502)	662* (18,9)	1 419* (40,5)	1 421* (40,6)	701* (20,0)	2 324* (66,4)	477* (13,6)
Имеющие заболевание ССС (n = 3 092)	315* (10,2)	1 437* (46,5)	1 340 (43,3)	31* (1)	1 360* (44)	1 701* (55)

* Достоверность различий с группой без сопутствующей патологии $p < 0,001$.

Средний возраст пациентов, страдающих БА и не имеющих сопутствующей патологии, был достоверно меньше, чем у лиц с сопутствующими заболеваниями, — $(39,9 \pm 0,4)$ и $(59,1 \pm 0,3)$ года соответственно. Достоверно меньше был стаж заболевания БА в группе без сопутствующей патологии — $(7,69 \pm 0,2)$ года в сравнении с больными, имеющими такую, — $(9,36 \pm 0,2)$ года. Женщины чаще имели сочетание нескольких заболеваний (73,2%), чем мужчины (26,8%) (см. табл. 1).

У пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, наиболее часто встречаемая длительность течения БА составляла 7—10 лет (25%) (рис. 2).

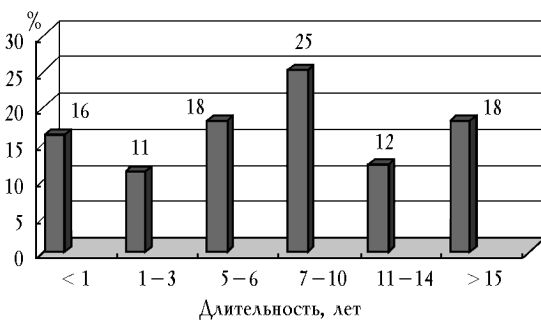


Рис. 2. Длительность течения бронхиальной астмы с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы

По формам БА, согласно МКБ-X (см. табл. 2), при отсутствии патологии со стороны других органов преобладал экзогенный вариант астмы (ЭкБА) — 51,3%; больше 1/4 приходилось на смешанную форму (СБА) — 25,3% и у 23,4% диагностирована эндогенная БА (ЭнБА). Картина меняется при появлении сопутствующих заболеваний: значительно уменьшается удельный вес ЭкБА, всего 18,9%; почти поровну приходится на ЭнБА и СБА — 40,5 и 40,6% соответственно. Вероятно, это объясняется преобладанием триггеров неаллергенной природы, влияющих на течение БА, и (или)

обострением сопутствующей патологии, приводящим к неконтролируемому течению астмы, что позволяет специалистам трактовать клинические варианты именно так. Надо отметить, несмотря на то, что большинство пациентов наблюдаются врачами первичного звена, коррективы в диагноз и лечение у большинства больных хотя бы один раз в год вносили пульмонологи, аллергологи. Сочетание у пациентов нескольких заболеваний приводит к взаимовлиянию, и категория лиц, имеющих тяжелое и среднетяжелое течение астмы, среди больных с сочетанной патологией увеличивается в 2—3 раза. И, как видно из табл. 2, частота встречаемости БА в сочетании с заболеваниями ССС очень высока и составляет 88,3%. В этой группе наибольшее количество больных с тяжелым течением БА — 55%, со средней степенью тяжести — 44%, а с астмой легкого течения всего 1% пациентов. Следует отметить, что сопутствующие заболевания не только существенно меняют клиническую картину и течение БА, но и в значительной степени определяют прогноз трудоспособности и жизни. Количество больных, имеющих группу инвалидности, значительно выше среди лиц с сопутствующей патологией — 1 651 (44,3%) человек в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии — 226 (14,1%). А в группе с заболеваниями органов кровообращения и того больше — 64%, из них инвалиды I группы — 3%, II группы — 48%, III группы — 13%.

Представляет интерес анализ основных показателей, характеризующих течение БА за 2005 г. в сравниваемых группах (табл. 3). Обострения, требующие экстренных визитов к врачу, были у многих пациентов, однако достоверно различались и были значительно выше у лиц, имеющих сопутствующую патологию, — 56,4%, особенно в сочетании с болезнями ССС,

Таблица 3

Основные показатели, характеризующие течение БА в течение года

Больные БА	Количество			
	обострений за год, абс. (%)	неплановых обращений на одного больного ($M \pm m$)	Количество госпитализаций, абс. (%)	Количество вызовов скорой помощи, абс. (%)
Не имеющие сопутствующей патологии ($n = 1\ 602$)	552 (34,5)	$0,81 \pm 0,02$	184 (11,5)	172 (10,7)
Имеющие сопутствующую патологию ($n = 3\ 502$)	1 976* (56,4)	$2,28 \pm 0,05^*$	759* (21,7)	924* (26,4)
Имеющие заболевание ССС ($n = 3\ 092$)	2 148* (69,5)	$2,81 \pm 0,03^*$	1 033* (33,4)	1 048* (33,9)

* Достоверность различий с группой без сопутствующей патологии $p < 0,001$.

что составило 69,5%; без сопутствующих заболеваний — у 34,5% больных. Количество обращений на одного больного составило $0,81 \pm 0,02$ в группе без сопутствующей патологии и $2,28 \pm 0,05$ у лиц, имеющих ее, а с заболеваниями органов кровообращения еще больше — $2,81 \pm 0,03$, у некоторых — до 15 посещений. К услугам скорой медицинской помощи пациенты, имеющие нарушения ССС, прибегали также более часто — в 33,9% случаев, и количество вызовов на одного больного составило $4,46 \pm 0,17$, а у отдельных пациентов достигало 36—53 раз. Треть пациентов (33,9%) имели госпитализации в среднем $1,3 \pm 0,04$ на одного больного, в отдельных случаях до 3—4 раз в год.

Распределение по основным нозологическим формам было следующим: ИБС: стенокардия, зарегистрирована у 40,9% больных; ИБС: инфаркт миокарда — у 3,3%; ИБС: нарушение ритма — у 11,4%; гипертоническая болезнь — у 73,5%; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 32%. Наиболее часто встречались следующие комбинации заболеваний ССС: ГБ и ИБС — у 37% пациентов; ГБ, ИБС и ХСН — у 33% больных, на сочетание других вариантов приходится от 3 до 9%. Как правило, диагноз заболевания ССС был установлен кардиологом после лабораторного и инструментального обследования в стационарах города. Для уточнения нарушения органов кровообращения практически всем больным проводилась ЭКГ (95%), у половины больных был исследован липидный спектр (49%), а также применялись следующие методы обследования: опросник Роуза (30%), ЭхоКГ (32%), холтеровское мониторирование (11%). У 34% больных имелись данные исследования липидного спектра крови, у всех оказался повышенный уровень холестерина ($5,6 \pm 1,37$ ммоль/л) и ЛПНП ($3,4 \pm 1,18$ ммоль/л), в то время как уровни ТГ ($1,4 \pm 0,8$ ммоль/л) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ($1,6 \pm 0,41$ ммоль/л) были в пределах нормы. Согласно данным специалистов, по стадиям гипертонической болезни пациенты распределились следующим образом: I степень — у 4%, II степень — у 49% и III степень — у 20,5%. Проявления хронической сердечной недостаточности по классификации НИНА диагностированы у 15% — I степени, II степени у — 13%, III степени — у 4%. Больных с IV степенью ХСН не зарегистрировано. Следует отметить, что у 26% больных заболевания ССС были диагностированы до выявления БА, у 4% одновременно с БА и у 43% после выявления БА. В связи с чем можно предположить, что БА явилась провоцирующим фактором в возникно-

вании или обострении заболеваний органов кровообращения.

Исследование функциональной способности легких в течение 2005 г. с помощью спирометрии проводилось лишь у 47% от общего количества страдающих астмой пациентов, в группе, имеющей нарушения ССС, — у 87%, а у инвалидов — в 100% (вероятно, это связано с требованиями МСЭК). Вентиляционная недостаточность (ВН) I степени диагностирована у 28% больных, ВН II степени — у 52% и III степени — у 34%, согласно данным исследования функции вентиляции. При изучении осложнений БА (рис. 3) выяснилось, что наиболее часто встречаемым осложнением была эмфизема легких — 60%, в 29% сформировалась стероидозависимость, хроническое легочное сердце — в 7% и только в 2% случаев осложнений не имелось. Из всех больных, страдающих хроническим легочным сердцем, в стадии компенсации находилось 26%, субкомпенсации — 74%, в стадии декомпенсации больных не было. Такое осложнение, как хроническое легочное сердце, у больных БА можно объяснить наличием сопутствующего заболевания — хронической обструктивной болезни легких.

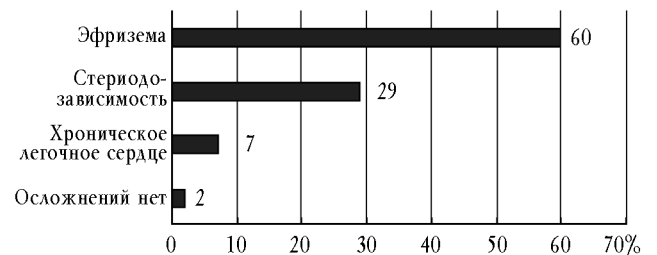


Рис. 3. Осложнения бронхиальной астмы

Как известно, большое, если не основное влияние на течение и исход БА, контроль симптомов оказывает адекватная терапия в сочетании с устранением факторов риска и коррекцией сопутствующей патологии. Анализ списка лекарственных препаратов, назначаемых пациентам БА, показал, что всего лишь 87% получали базисную противовоспалительную терапию, 13% — только симптоматическое лечение: β_2 -агонисты короткого действия и эуфиллин, что недопустимо, так как эти препараты не только не оказывают противовоспалительного действия, но и обладают выраженным кардиотоксическим эффектом (табл. 4). Большинство больных принимали ингаляционные глюкокортикостероиды, являющиеся базисными в лечении БА, однако сочетание их с другими препаратами было не всегда рационально. Назначение β_2 -агонистов короткого действия должно быть только по потребо-

сти, но, как видно из табл. 4, 22% получали их планоно в сочетании с ИГКС. Значительно реже назначались ИГКС в сочетании с β_2 -агонистами длительного действия — всего 6% пациентов — или фиксированные комбинации ИГКС и β_2 -агонистов длительного действия (серетид и симбикорт). Достаточно высока доля (16%) лиц, находящихся только на системных глюкокортикостероидах, что тоже нежелательно, так как они вызывают выраженные побочные эффекты.

Таблица 4

Распределение лекарственных препаратов, применяемых в лечении БА в сочетании с заболеваниями ССС

Терапия	Количество пациентов, %
β_2 -Агонисты короткого действия	6
Теофиллины быстрого действия (зуфиллин)	5
Пролонгированные теофиллины (теотард, теопек)	0
β_2 -Агонисты короткого действия + пролонгированные теофиллины	2
ИГКС + β_2 -агонисты короткого действия	26
ИГКС + β_2 -агонисты длительного действия	6
ИГКС + β_2 -агонисты короткого действия + пролонгированные теофиллины	20
СГКС + β_2 -агонисты короткого действия	16
ИГКС + СГКС + β_2 -агонисты короткого действия	14
ИГКС + СГКС + β_2 -агонисты длительного действия	2
Комбинированные препараты (серетид, симбикорт)	3

Достаточно интересные данные получены в результате анализа терапии заболеваний ССС до диагностики БА (табл. 5). Как видно из табл. 5, 65% больных получали β -адреноблокаторы, которые при длительном применении могут вызывать гиперреактивность и приводить к формированию БА; 42% — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), которые у части больных вызывают кашель. После диагностики БА распределение препаратов выглядит иначе (табл. 5). Терапия сердечно-сосудистых заболеваний у больных БА включала следующие группы препаратов: наиболее часто назначались ингибиторы АПФ — 66% и диуретики — 62%, вероятно, это связано с наличием ХСН у большинства больных. Редко назначались антагонисты кальция — 30%, нитраты — 8%, антиагреганты (аспирин) — 35%, сердечные гликозиды (дигоксин) — 2%, блокаторы К-каналов (кордарон) — 1%. β -Адреноблокаторы не назначались.

Таблица 5

Терапия сердечно-сосудистых заболеваний до и после диагностики БА

Группа лекарственных препаратов	Количество пациентов, %	
	До диагностики БА	После диагностики БА
Ингибиторы АПФ	42	66
Диуретики	79	62
Антагонисты кальция	13	30
Нитраты	17	8
Антиагреганты (аспирин)	33	35
Сердечные гликозиды (дигоксин)	16	2
Блокаторы К-каналов (кордарон)	9	1
β -Адреноблокаторы	65	0

Ингибиторы АПФ	42	66
Диуретики	79	62
Антагонисты кальция	13	30
Нитраты	17	8
Антиагреганты (аспирин)	33	35
Сердечные гликозиды (дигоксин)	16	2
Блокаторы К-каналов (кордарон)	9	1
β -Адреноблокаторы	65	0

Заключение

Полученные результаты исследования заболеваемости БА в г. Красноярске по регистру подтверждают, что пациенты, страдающие сочетанной патологией заболеваний ССС и БА, имеют более тяжелое течение астмы. Выявлено, что патология ССС чаще диагностируется уже на фоне имеющейся БА. Однако у части больных терапия кардиальной патологии до диагностики БА включала препараты, влияющие на гиперреактивность, и могла способствовать формированию или обострению астмы. Базисная терапия БА в большинстве случаев не соответствовала степени тяжести астмы и рекомендациям GINA (Global Initiative for Asthma — Глобальная инициатива по профилактике и лечению бронхиальной астмы), возможно, этим частично и объясняется большое количество больных, имеющих тяжелое течение заболевания. Отсутствие контроля симптомов астмы связано также с нерегулярным исследованием функциональной способности легких и с недостаточным вниманием к диагностике и лечению сопутствующих заболеваний органов ССС. Для улучшения контроля астмы, уменьшения количества обострений, неплановых визитов к врачу, вызовов скорой медицинской помощи необходимо не только назначение адекватного лечения, но и обучение пациентов с целью достижения комплаенса в выполнении рекомендаций, мониторингования пиковой скорости выдоха, устранения факторов риска, провоцирующих обострение БА, и лечение сопутствующих патологий.

Выводы:

1. В структуре заболеваемости БА по обращаемости отмечается преобладание больных старшего возраста, имеющих не только астму, но и другую патологию, включая заболевания ССС.

2. Необходимо динамическое диспансерное наблюдение за пациентами БА трудоспособного возраста врачами первичного звена для более раннего выявления и лечения болезней органов кровообращения.

3. Наличие БА и заболеваний ССС требует назначения не только адекватной базисной и симптоматической терапии, контроля симптомов, устранения факторов риска, влияющих на обострение и прогрессирование астмы, но и

регулярное мониторирование и лечение кардиальной патологии.

Литература

1. *Бронхиальная астма: Руководство для врачей (формулярная система)* // Пульмонология. 2004. С. 206—241.
2. *Гембицкий Е.В., Синопальников А.И., Алексеев В.Г.* Особенности клинического течения инфаркта миокарда в остром и функционально-восстановительном периодах у больных с сопутствующей бронхиальной астмой // Кардиология. 1989. Т. 29. № 12. С. 40—44.
3. *Ильина Н.И., Романова О.В., Латышева Т.В.* Формотерол при бронхиальной астме и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии // Атмосфера. 2004. V. 2. № 13. С. 40—42.
4. *Кириллов М.М., Шаповалова Т.Г., Шашина М.М. и др.* Внелегочная патология у больных бронхиальной астмой (клинико-морфологические аспекты) // Пульмонология. 2000. № 3. С. 50—53.
5. *Козырев А.Г., Жданов В.Ф.* Дневные колебания артериального давления и пиковой объемной скорости выдоха больных бронхиальной астмой в сочетании с гипертонической болезнью // Пульмонология. 2003. № 2. С. 52—55.
6. *Палеев Н.Р., Черейская Н.К., Федорова С.И. и др.* Бифункциональное мониторирование у больных с сочетанной патологией бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем // Пульмонология. 2003. № 4. С. 63—70.
7. *Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Петровская Ю.А.* Клиническая фармакология бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2002. 157 с.
8. *Ребров А.П., Кароли Н.А.* Изменения функциональной активности тромбоцитов и антитромбогенной активности стенки сосудов у больных бронхиальной астмой на фоне терапии системными глюкокортикостероидами // Пульмонология. 1999. № 3. С. 43—45.
9. *Романова С., Шачкова Н., Копысов Д.* Кордафлекс-ретард в лечении пациентов с обострением бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертонией на фоне приема системных глюкокортикостероидов // Врач. 2003. № 8. С. 48—50.
10. *Синопальников А.И., Алексеев В.Г., Клочков О.И.* Клиническое течение ишемической болезни сердца при сопутствующей бронхиальной астме // Клинич. медицина. 1989. Т. 67. № 10. С. 44—47.
11. *Симоненко В.Б., Бойцов С.А., Кучмин А.Н. и др.* Особенности нарушений сердечного ритма и их лечение дилтиаземом у больных бронхиальной астмой // Клинич. медицина. 2001. Т. 79. № 3. С. 22—26.
12. *Черняк Б.А., Краснова Ю.Н., Дзизинский А.А.* Бронхолитическая небулайзерная терапия бронхиальной астмы у больных ишемической болезнью сердца // Рос. мед. журн. 2001. № 6. С. 15—19.
13. *Черняк Б.А.* Стратегия длительной комбинированной терапии бронхиальной астмы: клинико-патогенетическое обоснование // Пульмонология. 2006. № 2. С. 121—126.
14. *Shrewsbury S., Pyke S., Britton M.* Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA) // BMJ. 2000. V. 320. P. 1368—1379.
15. *Woolcock A., Lundback B., Ringdal N. et al.* Comparison of addition of salmeterol to inhaled steroids with doubling of the dose of inhaled steroids // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1996. V. 153. P. 1481—1488.

Поступила в редакцию 09.06.2006 г.