

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

И.В.Демко, М.М.Петрова, Н.В.Гордеева, Л.К.Коломагина

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П.Артюхов; кафедра внутренних болезней №2, зав. – д.м.н., доц. И.В.Демко; кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ФПК и ППС, зав. – д.м.н., проф. М.М.Петрова.

Резюме. Цель исследования – изучить частоту встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных бронхиальной астмой (БА). Уточнить влияние сердечно-сосудистых заболеваний на течение и степень тяжести БА, роль базисной и симптоматической терапии; оценить качество диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии у больных БА. Проанализированы данные регистра больных БА г. Красноярска за 2005г. – 5104 больных. Частота встречаемости БА в сочетании с сердечно-сосудистой патологией высока и составляет – 88,3%. Установлено наибольшее количество больных с тяжелым течением БА – 55%, затем средней степени тяжести – 44% и имеющих группу инвалидности – 64%. Выявлено, что сердечно-сосудистая патология 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.

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

Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, страдающих бронхиальной астмой (БА), и существенно изменяют ее течение. Большую распространенность получило сочетание БА и патологии органов кровообращения. Заболевания сердечно-сосудистой системы вносят существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения [1,10,13].

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 ГБ, в 63,4% – как симптоматическая гипертензия. В работе ряда авторов [3,5,8] отмечалось, что в 20 - 25% случаев АГ начинается на несколько лет позже легочного заболевания. Современные подходы к ведению больных с АГ в сочетании с БА предполагают тщательный контроль за уровнем АД 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.

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 [11]. С большей 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 происходят 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.

Отслежена взаимосвязь и взаимозависимость БА и инфаркта миокарда (ИМ). По имеющимся литературным данным, в среднем через 30 дней от начала развития ИМ у больных диагностировалось обострение БА – в 25 % случаев [4,6,7]. При этом ни у одного из них не удалось установить ятрогенную природу обострения бронхолегочного процесса, больные в период госпитализации не переносили интеркуррентных вирусных респираторных заболеваний, не изменялась и привычная противоастматическая терапия. Предполагается, что обострение БА в поздние сроки ИМ может быть симптомокомплексом, имеющим аллергическое происхождение (перед обострением БА наблюдается преходящая эозинофилия крови). Приблизительно у каждого третьего больного БА ИМ был первым клиническим проявлением ИБС, что может быть объяснено субъективным фактором: у больных этой категории болевой синдром нередко «скрадывается» одышкой, и в противоположность этому одышка может быть клиническим эквивалентом стенокардии. В литературе имеются единичные сведения об относительно большой частоте атипичных, в частности, безболевых, форм ИМ у больных с сопутствующей БА [2].

По данным ряда авторов, аритмии также нередко встречаются в 40-90% у больных БА, как правило, преобладают наджелудочковые аритмии. Появление сложных нарушений сердечного ритма свидетельствует о неблагоприятном ближайшем прогнозе. Применение большинства противоаритмических препаратов у больных, страдающих БА, затруднено или противопоказано из-за их побочных эффектов. Так β -адреноблокаторы ухудшают бронхиальную проходимость, препараты I - группы (лидокаин) способны угнетать дыхательный центр, вызывать удлинение интервала QT (новокаиномид), а группы кордарона, вызывают интерстициальный фиброз легких. 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) [9].

Влияние базисной терапии БА на сердечно-сосудистую систему неоднозначно. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) – являются ведущими препаратами в лечении БА. ИГКС обладают выраженным противовоспалительным действием,

уменьшают гиперреактивность бронхов и клинические проявления астмы. В настоящее время как национальные, так и международные стандарты ведения больных астмой рекомендуют применение ИГКС в сочетании с длительно действующими β_2 -агонистами как препараты первой линии в лечении БА среднетяжелого и тяжелого течения [12]. 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 гипертензия, которая сопровождается гипертрофией левого желудочка. Выявлено влияние терапии системными ГКС на антикоагулянтную активность крови, отмечено снижение уровня антитромбина III по сравнению с больными, не получающими их. Это является риском развития тромбозов у больных БА. Также отмечается снижение антитромбогенной активности эндотелия, что может привести к адгезии и агрегации тромбоцитов, образованию и отложению фибрина на сосудистой стенке, т.е. опять же это приводит к повышению риска тромбообразования у этой категории больных. Поэтому некоторые ученые считают целесообразным включить в комплексную терапию больных, получающих длительную системную терапию ГКС антиагреганты. Известно, что системные СГКС изменяют метаболизм липидов в сторону повышения холестерина липопротеидов низкой плотности, способствуя тем самым прогрессированию атеросклероза [14]. Известен ряд негативных побочных действий теофиллина, в частности, на сердечно-сосудистую систему. 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 -адренорецепторы, что увеличивает ЧСС, ударный и минутный объем, повышается 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 вызывают аритмогенного эффекта и не усугубляют уже имеющиеся нарушения сердечного ритма. Цель исследования – оценить частоту встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных БА в г. Красноярске и их взаимовлияние и в частности на течение и степень тяжести БА с учетом роли базисной и симптоматической терапии; качества диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы

Проанализированы данные регистра больных БА г. Красноярска за 2005г., всего 5104 больных, находившихся на диспансерном наблюдении у специалистов амбулаторно-поликлинического звена, преимущественно – участковых терапевтов и частично пульмонологов, аллергологов. Информация получена из медицинской документации: амбулаторных карт, форма 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, с определением ОФВ₁, индекса Тиффно, пикфлоуметрии, ЭКГ, ЭхоКГ. Изучались такие основные аспекты, как: время установления диагноза БА и заболевания сердечно-сосудистой системы, длительность течения БА, количество обострений за последние 12 месяцев и число госпитализаций, группа инвалидности, осложнения БА, а также терапия обоих патологических процессов.

Статистическая обработка результатов была проведена с помощью прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0, “StatSoft Inc.”. Для оценки различий показателей по сравнению с исходными данными были использованы t - критерий Student и непараметрический тест Wilcoxon (при ненормальном распределении). Достоверность

качественных различий вычислялась с помощью Fisher's exact test. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05, 0,01, 0,001$.

Результаты и обсуждение

Общее количество больных БА, включенных в регистр составляет 5104, которые были в возрасте от 15 до 76 лет (рис.1).

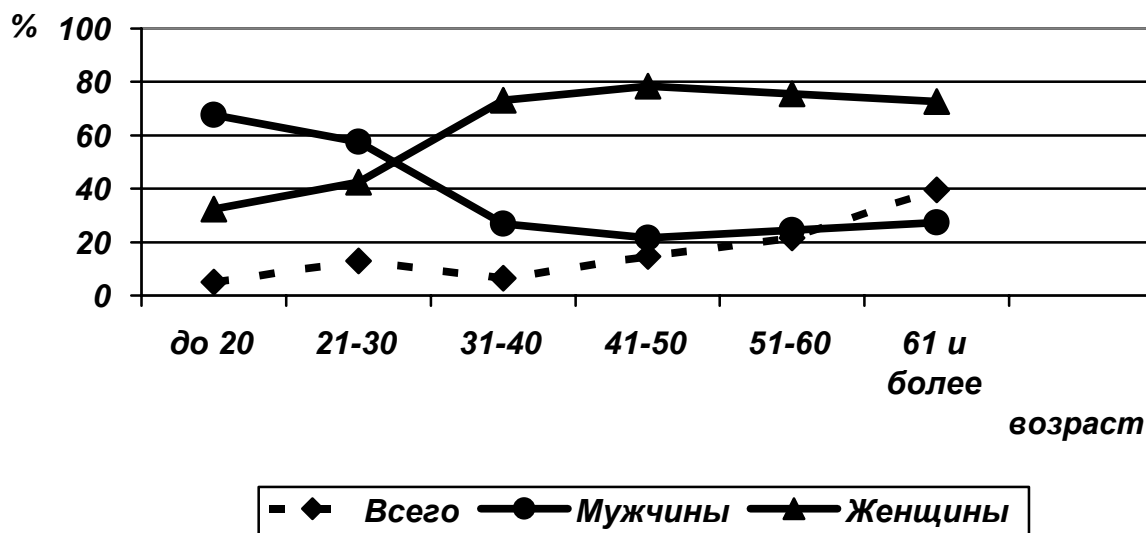


Рис.1. Распределение больных бронхиальной астмой в регистре по возрасту и полу.

Как видно из диаграммы, большинство больных БА имеют возраст старше 50 лет – 61%, из них доля 60 и более лет составляет 39,5%. У лиц 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 этот период приходится всего 6,6% от общего количества зарегистрированных больных. У больных в предшествующей возрастной когорте – от 21 до 30 лет, этот показатель почти в 2 раза выше и составляет 12,9%. Возможно, это связано с отсутствием четкого динамического диспансерного наблюдения за основной, трудоспособной категорией больных, страдающих БА, врачами первичного звена. Занятость больных в социально-активном производстве, отсутствие времени посещать врача и критического отношения к своему здоровью в дальнейшем приводит к нерегулярному лечению и прогрессированию не только БА, но и другой серьезной соматической патологии, в том числе и сердечно-сосудистой, не диагностируемой своевременно (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика больных бронхиальной астмой без сопутствующих заболеваний и имеющих внелегочную патологию (всего n – 5104).

Группы	Показатели половозрастные и продолжительности болезни					
	Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Стаж болезни БА
		n	%	n	%	
Нет сопутствующей	39,9±0,4*	688	42,9*	914	57,1*	7,69±0,2*

патологии - 1602 (31,4%)						
Есть сопутствующая патология - 3502 (68,6%)	59,1±0,3*	938	26,8*	2564	73,2*	9,36±0,2*

*Примечание: БА – бронхиальная астма, * - достоверность различий между группами, $p < 0,001$.*

Как видно из таблицы 1, большинство больных имели сопутствующие внелегочные заболевания – 3502 (68,6%). Не было зарегистрировано у больных изменений со стороны других органов у 1602 (31,4%). Следует отметить, что кроме заболеваний сердечно-сосудистой системы, достаточно часто встречалась патология желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, паразитарная инвазия, патология ЛОР-органов. Средний возраст больных, страдающих БА и не имеющих сопутствующую патологию, был достоверно меньше, чем у лиц с сопутствующими заболеваниями, соответственно: $39,9 \pm 0,4$ и $59,1 \pm 0,3$ лет. Достоверно меньший был стаж заболевания БА в этой группе – $7,69 \pm 0,2$ лет в сравнении с больными, имеющими другую внелегочную патологию – $9,36 \pm 0,2$ лет. Чаще имели сочетание нескольких заболеваний женщины – 73,2%, чем мужчины – 26,8%, (табл. 1). У больных, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, наиболее часто встречаемая длительность течения БА составляла от 7 до 10 (25%) лет (рис. 2).

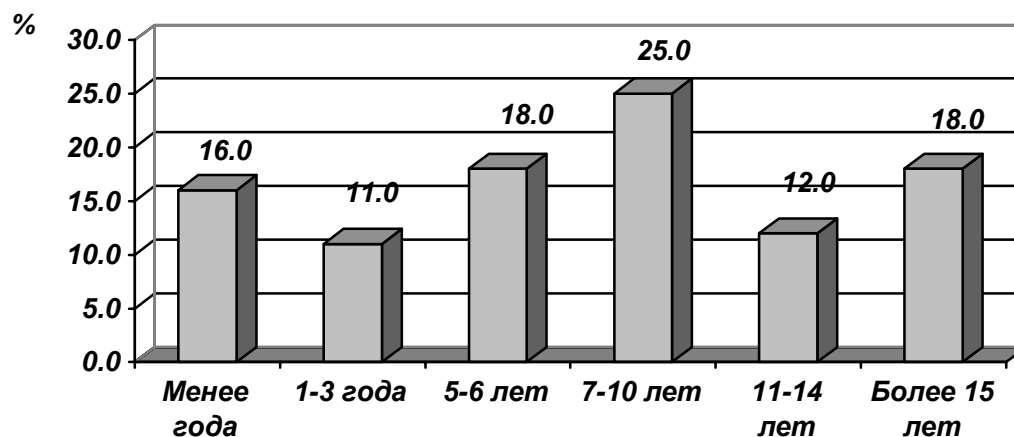


Рис.2. Длительность течения бронхиальной астмы с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы.

При рассмотрении форм БА, согласно МКБ 10 (табл. 2), при отсутствии патологии со стороны других органов, преобладал экзогенный вариант астмы (ЭкБА) – 51,3%; больше $\frac{1}{4}$ (25,3%) приходилось на смешанную форму (СБА), и в 23,4% диагностирована – эндогенная БА (ЭнБА). Распределение форм БА при появлении сопутствующей патологии иное: значительно уменьшается удельный вес ЭкБА (18,9%); 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 больных наблюдаются врачами первичного звена, коррективы в диагноз и лечение у большинства больных, хотя бы один раз в год, вносили пульмонологи, аллергологи. Сочетание у больных нескольких

заболеваний приводит к взаимовлиянию и категория лиц, имеющих тяжелое и среднетяжелое течение астмы, у больных с сочетанной патологией увеличивается в 2 – 3 раза. И, как видно из таблицы 2, частота встречаемости БА в сочетании с сердечно-сосудистой патологией очень высока, и составляет 88,3%.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от сопутствующей патологии, формы бронхиальной астмы и степени тяжести (n=5104).

Группы	Частота встречаемости форм БА и степеней тяжести											
	ЭкБА		ЭнБА		СБА		Легкая		Средне тяжелая		Тяжелая	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Сопутствующая патология – нет (n = 1602)	807	51,3	368	23,4	427	25,3	838	53,3	645	40,1	119	6,6
Сопутствующая патология – есть (n = 3502)	* 662	18,9	* 1419	40,5	* 1421	40,6	* 701	20,0	2324*	66,4	477*	13,6
Сопутствующая серд.-сосуд. патология (n = 3092)	* 315	10,2	* 1437	46,5	1340	43,3	31*	1,0	1360*	44,0	1701*	55,0

*Примечание: БА – бронхиальная астма, ЭкБА – экзогенная БА, ЭнБА – эндогенная БА, СБА – смешанная БА; * - достоверность различий с группой без сопутствующей патологии - $p < 0,001$*

Наибольшее количество в этой группе было больных с тяжелым течением БА - 55%, затем средней степени тяжести - 44%, а легкого течения - лишь 1%. Следует отметить, что сопутствующие заболевания существенно меняют клиническую картину и течение БА, но и в значительной степени определяют прогноз трудоспособности и жизни. Количество больных, имеющих группу инвалидности, значительно выше у лиц с сопутствующей патологией 1651 (44,3%), это в 4 раза выше нежели в группе без нее – 226 (14,1%). В группе с патологией сердечно-сосудистой системы стойкая утрата трудоспособности, наблюдается еще чаще – 64 %, из них инвалиды I группы составили 3%, II - 48%, III -13%. Представляет интерес анализ основных показателей, характеризующих течение БА за прошедший год в сравниваемых группах (табл. 3).

Таблица 3

Основные показатели, характеризующие течение бронхиальной астмы в течение года (n=5104).

Группы	Частота встречаемости показателей в группах						
	Количество обострений за год		Неплановых обращений на одного б-го, М±m	Количество госпитализаций		Количество вызовов скорой помощи	
	n	%		n	%	n	%
Без сопутствующей патологии (n = 1602)	552	34,5	0,81±0,02	184	11,5	172	10,7
С сопутствующей патологией (n = 3502)	1976*	56,4	2,28±0,05*	759*	21,7	924*	26,4
С серд.-сосуд. патологией (n = 3092)	2148*	69,5	2,81±0,03*	1033*	33,4	1048*	33,9

*Примечание: БА – бронхиальная астма; * - достоверность различий с группой без сопутствующей патологии - $p < 0,001$.*

Обострения, требующие экстренных визитов к врачу, были у многих больных, однако, достоверно различались и были значительно выше у лиц, имеющих сопутствующую патологию – 56,4%, особенно в сочетании с сердечно-сосудистой патологией - 69,5%; без сопутствующих заболеваний – лишь в 34,5%. Количество обращений на одного больного в группе без сопутствующей патологии составило $0,81 \pm 0,02$, а имеющих ее, количество обострений было в 2,7 раз больше – $2,28 \pm 0,05$ с заболеваниями, а с заболеваниями органов кровообращения в 3,5 раз. У ряда больных последней группы визитов к врачу в течение года наблюдалось до 15. К услугам скорой медицинской помощи больные, имеющие сердечно-сосудистую патологию, прибегали в 33,9% случаев, т.е. более часто. Так количество вызовов на одного больного зарегистрировано $4,46 \pm 0,17$, а у отдельных больных достигало 36 - 53 раза. Треть больных - 33,9% имели госпитализации, в среднем $1,3 \pm 0,04$ на одного больного, в отдельных же случаях до 3 – 4 раз в год.

Распределение по основным нозологическим формам слагалось следующим образом. Так ИБС встречалась во всех вариантах её течения: стенокардия – в 40,9 % случаях, инфаркт миокарда – в 3,3%; нарушение ритма – в 11,4%; гипертоническая болезнь – в 73,5%; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - в 32% . Наиболее часто БА сочеталась со следующими комбинациями сердечно-сосудистой патологии: ГБ + ИБС - в 37% случаев, ГБ + ИБС + ХСН - в 33% а, на сочетание других вариантов приходится - от 3 до 9%. Как правило, диагноз заболевания сердечно-сосудистой системы был установлен кардиологом после лабораторного и инструментального обследования в стационарах города. Для уточнения патологии органов кровообращения практически всем больным проводилась ЭКГ (95%), у половины был исследован липидный спектр (49%), и по опроснику Роуза (30%), ЭхоКГ (32%), холтеровское мониторирование (11%). В 34% случаев установлен 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 ЛПВП ($1,6 \pm 0,41$) были в пределах здоровой группы. Согласно данным специалистов - кардиологов, по стадиям

гипертонической болезни больные распределились следующим образом: I ст. – 4%, II – 49% и III – 20,5%. Проявления хронической сердечной недостаточности по классификации NYHA диагностированы в 15% - I ст. , в 13% - II, и в 4% - III. Больных с IV ст. хронической сердечной недостаточности не зарегистрировано. Следует отметить, что в 26% случаев заболевания сердечно-сосудистой системы были диагностированы до выявления БА, в 4% - одновременно с БА и в 43% - после выявления БА. В связи с чем можно предположить, что БА явилась провоцирующим фактором в возникновении или обострении заболеваний органов кровообращения.

Исследование функциональной способности легких в течение прошедшего года с помощью спирометрии было проведено лишь в 47% случаев от общего количества страдающих БА в группе же, имеющей сердечно-сосудистую патологию – в 87%, а у инвалидов – в 100% (вероятно это связано с требованиями МСЭК). Вентиляционная недостаточность (ВН) I ст. диагностирована в 28% случаев, ВН II - в 52% и III – в 34%, согласно данным исследования функции вентиляции. При изучении осложнений БА (рис.3) выяснилось, что наиболее часто встречаемым осложнением была эмфизема легких – в 60% случаев, сформировалась стероидозависимость в 28% случаев, хроническое легочное сердце - в 7%. Только в 2% случаев осложнений не имелось. Из всех больных, страдающих хроническим легочным сердцем, стадия его компенсации констатировано 26%, субкомпенсации-74%. В стадии декомпенсации больных не было зарегистрировано.

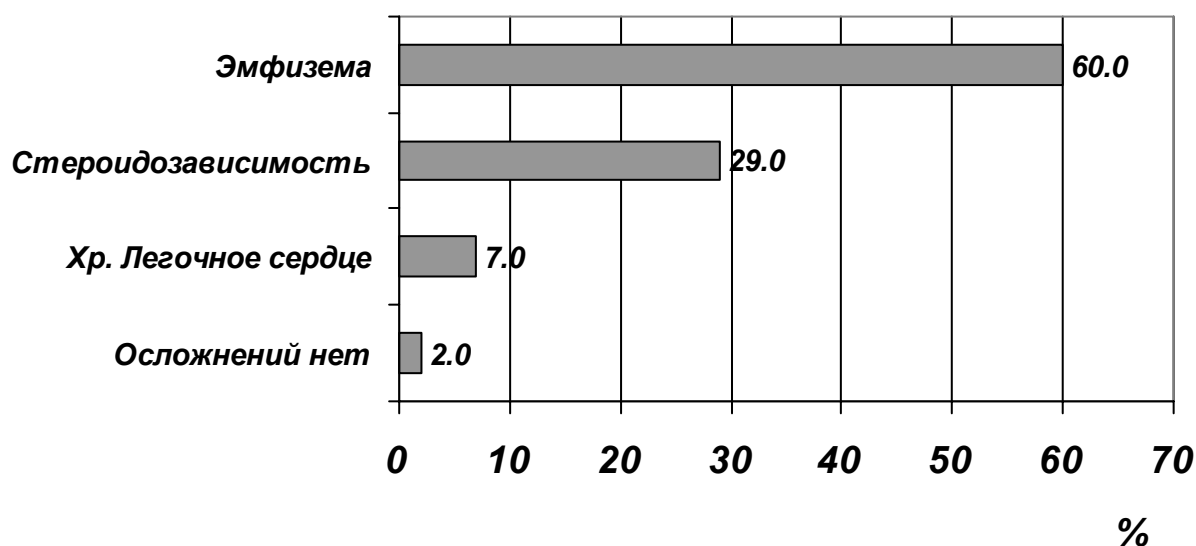


Рис. 3. Осложнения бронхиальной астмы (БА)

Такое осложнение, как хроническое легочное сердце у больных БА, можно объяснить наличием сопутствующего заболевания - хронической обструктивной болезни легких у этой категории больных.

Как известно, большое, если не основное, влияние на течение и исход БА, контроль симптомов имеет адекватная терапия в сочетании с устранением факторов риска и коррекцией сопутствующей патологии. Анализ лекарственных препаратов, назначаемых больным БА, показал, что всего лишь 87% получали базисную противовоспалительную терапию, 13% - только симптоматическую: β_2 - агонисты короткого действия и эуфиллин, что не допустимо, так как эти препараты не только не оказывают противовоспалительное действие, но и обладают выраженным кардиотоксическим эффектом (табл. 4).

Таблица 4

Распределение лекарственных препаратов, применяемых в лечении БА в сочетании с сердечно-сосудистой патологией.

Варианты комбинаций терапии	Частота применения разных курсов терапии (%)
β_2 -агонисты короткого действия	6,0
Теofilлины быстрого действия (эуфиллин)	5,0
Пролонгированные теofilлины (теотард, теопек)	0
β_2 -агонисты короткого действия + пролонгированные теofilлины	2,0
ИГКС + β_2 -агонисты короткого действия	26,0
ИГКС + β_2 -агонисты длительного действия	6,0
ИГКС + β_2 -агонисты короткого действия + пролонгированные теofilлины	20,0
СГКС+ β_2 -агонисты короткого действия	16,0
ИГКС+СГКС + β_2 -агонисты короткого действия	14,0
ИГКС+СГКС + β_2 -агонисты длительного действия	2,0
Комбинированные препараты (Серетид, Симбикорт)	3,0
Итого	100,0

Примечание: ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды; СГКС – системные глюкокортикостероиды

Большинство больных принимали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), являющиеся базисными в лечении БА, однако, сочетание их с другими препаратами не всегда рационально. Назначение β_2 -агонистов короткого действия должно быть только по потребности, а как видно из таблицы 4, в 22% больные получали их планово в сочетании с ИГКС. Значительно реже назначались ИГКС в сочетании с β_2 -агонистами длительного действия - всего 6%, или фиксированные комбинации ИГКС и β_2 -агонистов длительного действия (серетид и симбикорт). Достаточно высока доля – 16% лиц, находящихся только на системных глюкокортикостероидах (СГКС), что тоже нежелательно, так как они вызывают выраженные побочные эффекты.

Достаточно важные данные получены в результате анализа терапии сердечно-сосудистой системы до диагностики БА (табл. 5). Как видно из таблицы 5, в 65% случаев больные получали β -адреноблокаторы, препараты, которые при длительном применении могут вызывать гиперреактивность и приводить к формированию БА; в 42% - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), которые у части больных вызывают кашель. После диагностики БА распределение препаратов выглядит иначе (табл. 5).

Таблица 5

Терапия сердечно-сосудистой патологии до и после диагностики бронхиальной астмы.

Группы лекарственных препаратов	Частота применения лекарственных препаратов у больных (%)	
	До	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
В- адреноблокаторы	65	0

Терапия сердечно-сосудистой патологии у больных БА включала наиболее часто назначение ингибиторов АПФ в 66% случаев, диуретиков - 62%, вероятно, это связано с наличием ХСН у большинства больных. Реже, чем хотелось бы применялись, антагонисты кальция - 30%, нитраты - 8%, антиагреганты (аспирин) -35%, сердечные гликозиды (дигоксин) - 2%, блокаторы К-каналов (кордарон) - 1%. Следует отметить, что В –адреноблокаторы больным не назначались.

Полученные результаты исследования заболеваемости БА в г. Красноярске по регистру подтверждают, что больные, страдающие сочетанной сердечно-сосудистой патологией и БА, имеют более тяжелое течение последней. Выявлено, что сердечно-сосудистая патология чаще диагностируется уже на фоне имеющейся БА. Однако у части больных терапия сердечно-сосудистой патологии заболеваний до диагностики БА включала препараты, влияющие на гиперреактивность бронхов, и могла способствовать формированию или обострению астмы. Базисная терапия БА в большинстве случаев не соответствовала степени тяжести астмы и рекомендациям GYNA, 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 сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Для улучшения контроля астмы, уменьшения количества обострений, неплановых визитов к врачу, вызовов скорой медицинской помощи необходимо не только назначение адекватного лечения врачами, но и обучение больных с целью достижения комплаенса в выполнении рекомендаций, мониторингования ПСВ, устранение факторов риска, провоцирующих обострение БА и лечение сопутствующей патологии.

Таким образом, в структуре заболеваемости БА по обращаемости отмечается преобладание больных старшего возраста, имеющих не только астму, но и другую патологию, включая сердечно-сосудистую.

Необходима более четкая организация врачами первичного звена динамического диспансерного наблюдения за больными БА, особенно трудоспособного возраста, в целях более раннего выявления и лечения сердечно-сосудистой патологии.

Наличие БА и сердечно-сосудистой патологии требует назначения не только адекватной базисной и симптоматической терапии, контроля симптомов, устранения факторов риска, влияющих на обострение и прогрессирование астмы, но и регулярное мониторингование и лечение конкурирующей сердечно-сосудистой патологии.

BRONCHIAL ASTHMA: PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND TREATMENT IN COMBINATION WITH PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

I.V. Demko, M.M. Petrova, N.V. Gordeeva, LK. Kolomagina

The purpose of investigation – to research frequency of prevalence of cardiovascular diseases in patients with bronchial asthma, to reveal the influence of cardiovascular

diseases on the stage of bronchial asthma, role of basic and symptomatic therapy, to evaluate the quality of diagnostics of cardiovascular diseases in patients with bronchial asthma. The prevalence of combination of bronchial asthma and cardiovascular diseases is high 88,3%.

Литература

1. Бронхиальная астма/ Рук-во 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 БА // 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. - Vol. 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. Огородова Л. М., Петровский Ф. И., Петровская Ю. А./ Клиническая фармакология бронхиальной астмы// Под. ред. А.Г. Чучалина. - М.: Атмосфера, 2002. - 157 с.
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. 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.
8. 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.
9. Симоненко В. Б., Бойцов С. А., Кучмин А. Н. и др./ Особенности нарушений сердечного ритма и их лечение дилтиаземом у больных БА// Клин. медицина - 2001. - Т. 79. №3. - С. 22-26.
10. Синопальников А. И., Алексеев В. Г., Ключков О. И./ Клиническое течение ишемической болезни сердца при сопутствующей бронхиальной астме// Клин. медицина. - 1989. - Т. 67, №10. - С. 44-47.
11. Черняк Б. А., Краснова Ю. Н., Дзизинский А. А./ Бронхолитическая небулайзерная терапия бронхиальной астмы у больных ишемической болезнью сердца// Рос. мед. журнал, - 2001. - №6. - С. 15-19.
12. Черняк Б. А./ Стратегия длительной комбинированной терапии бронхиальной астмы: клинико-патогенетическое обоснование // Пульмонология. - 2006. - №2. - С. 121-126.
13. Shrewsbury S., Pyke S., Britton M./ Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA)// BMJ. – 2000. – Vol. 320. – P. 1368-1379.
14. 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. – Vol. 153. – P. 1481-1488.

