

Принципи діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень у практиці сімейного лікаря

Є.Х. Заремба, М.Й. Федечко, О.Р. Макар, Л.М. Копчак, Н.В. Іжицька

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Поєднана патологія – одна з найпоширеніших проблем у практиці сімейного лікаря. Одне з перших місць посідає комбінація ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Це пов'язано як з поширеністю цих патологій, так і з загальними факторами ризику та патогенетичними механізмами розвитку. Таке поєднання зумовлює проблеми діагностики, оскільки симптоми одного захворювання можуть маскувати прояви іншого. Хронічна гіпоксія, системне запалення, характерні для ХОЗЛ, можуть мати негативний вплив на перебіг ІХС, у результаті чого частіше виникають ускладнення. Крім цього, лікування вимагає особливого підходу через можливий негативний вплив фармакологічних засобів на перебіг поєднаної патології.

Ключові слова: сімейний лікар, ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень, гострий інфаркт міокарда, аритмії, системне запалення, задишка.

Практично кожного дня сімейний лікар у своїй роботі зустрічається з поєднаною патологією. Переважна кількість пацієнтів страждає на одне, два, три захворювання, які взаємно обтяжують перебіг одне одного. Одне з перших місць посідає комбінація ішемічної хвороби серця (ІХС) з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). ІХС є основною причиною захворюваності у світі. В Україні у 2012 році ІХС становила 1639,9 на 100 000 тис. населення [2]. За епідеміологічними даними різних країн, ХОЗЛ зустрічається у 0,2–37% населення [16]. Важливими причинами високої частоти такого поєднання є спільні фактори ризику та патогенетичні ланки.

Механізми взаємного обтяження ІХС та ХОЗЛ

Сьогодні ХОЗЛ – один із факторів розвитку і збільшення смертності від ІХС. Встановлено, що з кожним зниженням об'єму форсованого видиху на першій секунд (ОФВ₁) на 10% смертність від серцево-судинних захворювань зростає на 28%. Зменшення співвідношення ОФВ₁ до форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) є незалежним фактором виникнення гострого коронарного синдрому, збільшує його ймовірність на 30% [21]. При визначенні частоти поєднання ХОЗЛ з серцево-судинними захворюваннями (ІХС, гострим ІМ та інсультом) встановлено, що ХОЗЛ пов'язане з п'ятикратним збільшенням ризику розвитку серцево-судинних захворювань і посилюється з віком хворих [20]. У загальнонаціональному дослідженні вивчення індивідуальних результатів дорослого населення з 1980 до 2006 року встановлено, що серед хворих на ХОЗЛ гострий інфаркт міокарда виникає достовірно частіше та у більш молодшому віці, ніж у попу-

ляції в цілому [22]. Подальші дослідження показали, що наявність симптомів ХОЗЛ збільшує ризик розвитку гострого інфаркту міокарда на 50% [15].

Одним із механізмів виникнення цих захворювань є системний запальний процес, який через нейтрофільні гранулоцити, що продукують лейкотрієни, викликає підвищення рівня СРП. Це є одним з предикторів несприятливого розвитку атеросклеротичного процесу, його ускладнень і ХОЗЛ. Лейкотрієни – це бронхо- та вазоконстриктори, які спричинюють мікроциркуляторні порушення та тромбоутворення. Підвищена продукція інтерлейкінів (ІЛ), зокрема ІЛ-6 та ІЛ-8, також спричинює тромбоутворення, а в умовах гіпоксії зростають агрегаційні властивості тромбоцитів [13].

Проблеми діагностики при поєднанні ІХС та ХОЗЛ

При наявності ІХС у хворих на ХОЗЛ виникають проблеми – симптоми одного захворювання можуть маскувати прояви іншого й навпаки. Часто ІХС не діагностують у хворих на ХОЗЛ. При проведенні у Норвегії дослідження у 27,6% хворих на ХОЗЛ виявили ознаки перенесеного інфаркту міокарда, з яких лише 30% були задокументовані раніше [23]. Згідно даних літератури, у 70% пацієнтів, обстежених з приводу ХОЗЛ, виявлено ознаки ІХС [19].

Для цих захворювань характерна задишка, що може виникати як при навантаженні, так і в стані спокою. Часто задишку, спричинену ІХС, сприймають як симптом основного захворювання. Не вдається чітко оцінити больовий синдром – біль у грудній клітці у пацієнтів з поєднаною патологією виникає не лише при фізичному навантаженні, але й при кашлі, а в окремих випадках може носити постійний характер [13].

Іншою важливою проблемою є порушення серцевого ритму та провідності. За даними проведеного нами дослідження, у 70,4% хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ виявлені аритмії. Порушення ритму та провідності у таких хворих зустрічалися достовірно частіше, ніж у хворих на ІХС без легеневої патології. Найчастіше діагностували синусову тахікардію та миготливу аритмію. Характерними були складні порушення серцевого ритму [10].

Усі ці фактори мають негативний вплив на перебіг захворювання, спричинюють швидке прогресування, зниження та втрату працездатності, погіршення якості життя хворих.

Комплаєнс і вплив лікарських засобів, які застосовуються при лікуванні ІХС та ХОЗЛ

Однією з проблем лікування поєднання цих патологій є низька прихильність пацієнтів до лікування через що-

Шкала задишки Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale

Оцінка в балах	Характеристика задишки
0	Задишка виникає при дуже інтенсивному навантаженні
1	Задишка виникає при швидкому підйомі на поверх чи ходьбі вгору
2	Задишка змушує ходити повільніше, ніж люди відповідного віку, або виникає необхідність зупинки при ходьбі у своєму темпі по рівній місцевості
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин при ходьбі по рівній місцевості
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого помешкання або з'являється при одяганні та роздяганні

The clinical diagnosis of pulmonary emphysema – an experimental study . R. Soc. Med. 1952. - № 45. – P. 577-584.

Таблиця 2

Критерії оцінки перебігу ХОЗЛ

Група пацієнтів	Критерії оцінки
Група А (низький ризик несприятливих ускладнень, мала кількість симптомів)	ОФВ1 $\geq 80\%$, загострення до одного разу на рік, симптоми 0–1 бал за шкалою mMRC
Група В (низький ризик несприятливих ускладнень, велика кількість симптомів)	ОФВ1 80-50%, загострення до одного разу на рік, симптоми ≥ 2 бали за шкалою mMRC
Група С (високий ризик несприятливих ускладнень, мала кількість симптомів)	ОФВ1 50-30%, загострення до двох разів на рік, симптоми 0–1 бали за шкалою mMRC
Група С (високий ризик несприятливих ускладнень, велика кількість симптомів)	ОФВ1 50–30%, загострення більше двох разів на рік, симптоми ≥ 2 бали за шкалою mMRC

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease / J. Vestbo, S.S. Hurd, A.G. Agusth [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. – 2013. – Vol. 187. – № 4. – P. 347-365.

денне вживання великої кількості медикаментів. Пацієнти не завжди розуміють призначення лікаря, відчувають страх перед можливою побічною дією ліків, часто свідомо не виконують призначення, що спричинює виникнення ускладнень.

Фармакологічні засоби можуть мати негативний вплив на перебіг поєднаних захворювань. Бета-блокатори та інгібітори АПФ, які застосовуються при лікуванні ІХС, можуть негативно впливати на функцію легень, викликати бронхоспазм. Лікарські засоби, що застосовуються для лікування ХОЗЛ, викликають побічні явища з боку серцево-судинної системи: $\beta 2$ -агоністи змовлюють тахікардію, теofilіни та М-холінолітики впливають на серцевий ритм, посилюють напади стенокардії, антибіотики фторхінолонового ряду продовжують інтервал QT [4].

Алгоритм дій сімейного лікаря для виявлення поєднаної патології

Для вчасного виявлення супутньої патології у хворих на ІХС або ХОЗЛ сімейний лікар повинен дотримуватися певного алгоритму діагностичних обстежень.

Насамперед, це стосується виявлення скарг, даних анамнезу та клінічної симптоматики. Для оцінки задишки доцільно використовувати модифіковану шкалу задишки (табл. 1).

Застосування шкали задишки при опитуванні пацієнтів може бути підставою для встановлення у хворого ХОЗЛ, тяжкості захворювання. Слід враховувати, що причин задишки багато. Задишка може турбувати хворих на гострі та хронічні форми ІХС і без наявного ХОЗЛ. Важливо проводити подальші обстеження для можливого виявлення бронхіальної обструкції.

Біль у грудній клітці часто виникає у пацієнтів з поєднаною патологією. Для ХОЗЛ характерним є біль, що виникає

під час дихання та кашлю, має постійний характер. При поєднаній патології біль залежить від фізичного навантаження, локалізується за грудиною, часто супроводжується задишкою [8]. Під час опитування хворих слід звертати особливу увагу на умови виникнення больового синдрому, його причину, що його провокує і чим він супроводжується.

Кашель. Хворі на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ скаржаться на кашель з виділенням харкотиння (слизистого, гнійного), який може турбувати тільки зранку або протягом усієї доби. Поява тривалого кашлю з виділенням харкотиння у хворих на ІХС може свідчити про розвиток ХОЗЛ, а зміна слизистого його характеру на гнійний, збільшення кількості – про загострення процесу. Під час загострення у хворих з поєднаною патологією частішими можуть бути напади стенокардії, інфаркт міокарда, порушення ритму та провідності. Часті загострення спричинюють швидке прогресування серцевої недостатності, розвиток хронічного легеневого серця.

Анамнез. При зборі анамнезу важливо виявити такі фактори ризику розвитку поєднаної патології, як куріння, робота у шкідливих умовах, часті гострі респіраторні вірусні інфекції. Загалом ХОЗЛ передують розвитку ІХС та її ускладнень [10], тому важливо провести опитування щодо можливих симптомів бронхіальної обструкції. Доцільно хворим задавати питання: чи турбує їх задишка і наскільки вона виражена, наявність кашлю, харкотиння, яка тривалість симптоматики.

Результати об'єктивного огляду. Під час огляду необхідно звернути увагу на форму грудної клітки, наявність набряків, результати перкусії та аускультатії (межі відносної та абсолютної тупості серця, зміну перкуторного звуку над легеньми, характер тонів серця, наявність і характер хрипів).

Стандартні лабораторні обстеження. Загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, визначення СРП, посів хар-

котиння на флору та чутливість до антибіотиків. Зміни показників можуть свідчити про ознаки запального процесу, ідентифікувати мікрофлору, корегувати відповідну антимікробну терапію. Для визначення подальшої лікувальної тактики необхідно визначити ліпідний спектр крові.

Інструментальні методи досліджень. ЕКГ та ехоКГ дозволяють оцінити стан міокарда, виявити ознаки ішемічного ураження міокарда, перенесений інфаркт міокарда, хронічне легеневе серце, порушення серцевого ритму та провідності. За допомогою ехоКГ можна оцінити наявність та ступінь легеневої гіпертензії, що має важливе значення для прогнозування перебігу захворювання. Для встановлення діагнозу ІХС необхідно провести коронарографію, що дозволить оцінити стан коронарних артерій, виявити перенесений гострий інфаркт міокарда, визначити подальшу тактику ведення пацієнта.

Визначення функції зовнішнього дихання. Стандартне діагностичне дослідження, за допомогою якого встановлюють наявність бронхообструкції, є важливим для моніторингу перебігу ХОЗЛ. За його допомогою проводять диференційну діагностику між бронхіальною астмою та ХОЗЛ.

Рентгенографія органів грудної клітки у двох проєкціях, КТ, МРТ. Рентгенографія є одним із стандартних обстежень хворих на ХОЗЛ. Вона надає можливість діагностувати емфізему легень, наявність бул, рак легень, туберкульоз та іншу легенеvu патологію.

Визначення ризику несприятливого перебігу захворювання. Оцінку перебігу та важкості захворювання проводять за допомогою шкали ризику, зокрема для оцінки гострих коронарних подій застосовується шкала SCORE (Systematic coronary risk evaluation), де враховуються некерівані фактори (вік і стать) і керівані (куріння, рівень загального холестерину та індекс маси тіла). Шкала розрахована на пацієнтів без цукрового діабету та з цукровим діабетом. Для оцінки перебігу ХОЗЛ за останніми рекомендаціями GOLD [23] виділяють чотири групи пацієнтів.

Особливості лікування ІХС в поєднанні з ХОЗЛ

При лікуванні хворих з поєднаною патологією доцільно використовувати лікарські засоби, які мають мінімальний негативний або позитивний вплив на серцево-судинну та дихальну системи. До них належать анта-

гоністи кальцію, що викликають вазодилатацію судин малого кола кровообігу, потенціюють дію сальбутамолу, інгібують гіпоксичну вазоконстрикцію, ефективні при виникненні ішемії; β_2 -агоністи тривалої дії, які мають менший негативний вплив на серцево-судинну систему, мало впливають на частоту серцевих скорочень, а глюкокортикостероїди зменшують прояви системного запалення, знижують кількість серцево-судинних ускладнень у хворих на ХОЗЛ [1].

Диспансеризація хворих з поєднаною патологією (ІХС і ХОЗЛ)

Диспансеризацію пацієнтів з поєднаною патологією проводять відповідно до діючих наказів щодо спостереження за хворими на ІХС та ХОЗЛ. Спостереження проводить сімейний лікар, при потребі залучають кардіолога та пульмонолога. Частота повторного огляду визначається індивідуально, але не менше одного разу на рік. Обстеження повинні включати загальні та біохімічні аналізи крові (ліпідний спектр крові, СРП), загальні аналізи сечі, контроль ЕКГ, ехоКГ, визначення функції зовнішнього дихання, рентгенографія органів грудної клітки. При потребі – КТ, МРТ легень, коронарографія.

ВИСНОВКИ

1. Ішемічна хвороба серця (ІХС) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) є поширеною патологією зі взаємним обтяженням, що зумовлює зростання захворюваності, смертності та ранньої інвалідації хворих.

2. ІХС та ХОЗЛ мають негативний вплив, пов'язаний з такими патогенетичними факторами, як хронічна гіпоксія, легенева гіпертензія, системне запалення з можливим впливом окремих фармакологічних засобів.

3. Пацієнти зі спільними факторами ризику (куріння, робота в шкідливих умовах, часті гострі респіраторні інфекції) повинні проходити комплексне діагностичне обстеження для виявлення можливої супутньої патології серцево-судинної та дихальної систем.

4. Лікування пацієнтів з поєднанням ІХС і ХОЗЛ повинно максимально враховувати супутню патологію, перебувати під контролем основних діагностичних показників у необхідних спеціалістів.

Принципы диагностики и лечения ишемической болезни сердца в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких в практике семейного врача

Е.Х. Заремба, М.И. Федечко, О.Р. Макар, Л.Н. Копчак, Н.В. Ижицкая

Сочетанная патология – одна из самых распространенных проблем в практике семейного врача. Одно из первых мест занимает сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Это связано как с широкой распространенностью этих патологий, так и с общими факторами риска и патогенетическими механизмами развития. Такое сочетание обуславливает проблемы диагностики, поскольку симптомы одного заболевания могут маскировать проявления другого. Хроническая гипоксия, системное воспаление, характерные для ХОЗЛ, могут отрицательно влиять на течение ИБС, в результате чего чаще возникают осложнения. Кроме этого, лечение требует особого подхода из-за возможного отрицательного влияния фармакологических средств на течение сочетанной патологии.

Ключевые слова: семейный врач, ишемическая болезнь сердца, хроническое обструктивное заболевание легких, острый инфаркт миокарда, аритмии, системное воспаление, одышка.

Principles of diagnostic and treatment of coronary artery disease combined with chronic obstructive pulmonary disease in family doctor practice

Ye.Kh. Zarembo, M.Y. Fedechko, O.R. Makar, L.M. Kopchak, N.V. Izhytska

Combined pathology is one of the most spread problems in a family doctor's practice. One of the first places is taken by the combination of ischemic artery disease and chronic obstructive pulmonary disease. It is connected with both wide spread occurrence of these pathologies and common risk factors together with pathogenic development mechanisms. Such combination causes diagnostics problems since the symptoms of one disease may mask the signs of the other. Chronic hypoxia, system inflammation characteristic of chronic obstructive pulmonary disease may have negative influence on the dynamics of ischemic artery disease, as a result of which complications occur more often. Apart from this, treatment requires a special approach because of possible negative influence of pharmacological drugs on the dynamics of combined pathology.

Key words: family doctor, ischemic artery disease, chronic obstructive pulmonary disease, acute myocardial infarction, arrhythmias, systemic inflammation, breathlessness.

Сведения об авторах

Заремба Евгения Хомовна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (067) 731-24-16. E-mail: acad.zarembo@gmail.com

Федечко Марьяна Иосифовна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (067) 810-66-87. E-mail: marianafed70@gmail.com

Макар Оксана Романовна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Копчак Леся Николаевна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Ижицкая Наталия Витальевна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вишневский И.И. ХОЗЛ в Украине: чего мы опасаемся? Вопросы безопасности ингаляционных средств / И.И. Вишневский // Украинский пульмонологический журнал. – 2014. – № 2. – С. 10–12.
2. Гандзюк В.А. Анализ захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В.А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 42–52.
3. Значимость и механизмы действия воспаления как независимого фактора атерогенеза / Т.В. Талаева, А.С. Гавриш, В.В. Братусь // Украинский кардіологічний журнал. – 2004. – № 4. – С. 49–67.
4. Коморбідність при хронічному обструктивному захворюванні легень – актуальна проблема пульмонології / Ю.М. Мостовой, Т.В. Константинович, Л.В. Распутіна [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. Додаток. – С. 51.
5. Конопкина Л.И. Влияние compliance на результаты лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / Л.И. Конопкина // Украинский пульмонологічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 23–24.
6. Мостовой Ю.М. Цифры, що говорять та мовчать: роздуми про ХОЗЛ, що базуються на статистичному аналізі / Юрій Мостовой // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 79.
7. Перцева Т.А. Терапія ХОЗЛ: к чому следует стремиться? / Т.А. Перцева // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 13.
8. Рішко М. Особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у хворих на ішемічну хворобу серця / М.В. Рішко, Я.В. Лазур // Науковий вісник Ужгородського університету, серія медицина. 2012. – № 43. – С. 57–59.
9. Тодоріко Л.Д. Особливості діагностики та лікування хронічних обструктивних захворювань легень за різних клінічних ситуацій / Л.Д. Тодоріко // Здоров'я України. – 2012. – № 7. – С. 5–10.
10. Федечко М.И. Особливості перебігу ішемічної хвороби серця у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / М.И. Федечко. – Львів, 2010. – 18 с.
11. Феценко Ю.І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією серцево-судинної системи / Ю.І. Феценко // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 1. – С. 6.
12. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія / Ю.І. Феценко, Л.О. Яшина, О.Я. Дзюблик [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. Додаток. – С. 7–12.
13. Ячник А.І. Хронічне обструктивне захворювання легень та ішемічна хвороба серця: паралелі і перехрестя коморбідності / А.І. Ячник, А.С. Свінцицький, С.В. Шупер // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 4. – С. 38–41.
14. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control / J.B. Haughey [et al.] // Respiratory Medicine. – 2008. – Vol. 102. – P. 1681–1693.
15. Comorbidities of COPD European respiratory review / A. Cavailles, G. Brinchault-Robin, A. Dixmier [et al.] // 2013. – № 22. – P. 454–475.
16. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review / C.E. Rycroft, A. Heyes, L. Lanza, K. Becker // International journal chronic obstructive pulmonary disease. – 2012. – Vol. 7. – P. 457–494.
17. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease / J. Vestbo, S.S. Hurd, A.G. Agustn [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. – 2013. – Vol. 187. – № 4. – P. 347–365.
18. Guzik T. Radical Link between chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease? // T. Guzik T. Grodzitski // Hypertension. – 2014. – № 63. – P. 444–446.
19. Managing comorbidities in COPD / G. Hillas, F. Perlicos, I. Tsiligianni, N. Tzanakis // International journal chronic obstructive pulmonary disease. – 2015. – № 7. – P. 95–109.
20. Prevalence of major comorbidities in subjects with COPD and incidence of myocardial infarction and stroke: a comprehensive analysis using data from primary care / J.R. Feary, L.C. Rodrigues, C.J. Smith [et al.] // Thorax. – 2010. – № 65. – P. 956–962.
21. Sin D.D. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality / D.D. Sin, S.F.P. Man // The proceedings of the American thoracic society. – 2005. – V. 2. – P. 8–11.
22. Sode B.F. Myocardial infarction and other co-morbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Danish Nationwide Study of 7.4 million individuals / B.F. Sode, M. Dahl, B.G. Nordestgaard // European heart journal. – 2011. – Volume 32. – Issue 19. – P. 2365–2375.
23. Underdiagnosis of myocardial infarction in COPD. Cardiac infarction injury score (CIIS) in patients hospitalized for COPD exacerbation / P.H. Brekke, T. Omland, P. Smith [et al.] // Respiratory Medicine. – 2008. – № 102. – P. 1243–1247.

Статья поступила в редакцию 13.12.2016