

Г. В. Дзяк
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ
С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной инвалидности и смертности в экономически развитых странах. В Украине в структуре причин общей смертности удельный вес ССЗ составляет более 60 %.

В то же время, необходимо помнить о том, что на современном этапе развития медицины врачи все чаще в общетерапевтической практике сталкиваются с сочетанием соматических заболеваний. Этот факт обуславливает немалые трудности в установлении нозологического диагноза и определении тактики лечения.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — два лидирующих заболевания по причине смертности в мире. Частота смертности увеличивается с возрастом. В ряде исследований была показана связь между ХОБЛ и смертностью от ИБС, острого инфаркта миокарда, после коронарных вмешательств на сосудах сердца и легочной эмболии. Сниженная объемная скорость выдоха за первую секунду (FEV₁) ассоциируется со всеми случаями смертности от ССЗ, нефатального и фатального инфаркта миокарда, мозгового инсульта и фибрилляции предсердий.

Высокая распространенность ИБС и ХОБЛ среди населения приводит к частому сочетанию этих заболеваний в популяции. По данным разных авторов, ИБС регистрируется у больных ХОБЛ в пределах 18,7–62,8 % случаев. Причины подобного сочетания многообразны. Среди них особую роль играют общие факторы риска, которые способствуют развитию синдрома взаимного отягощения, "стресса" кардиоваскулярной системы, аритмии (например, β₂-агонисты могут стимулировать сердечно-сосудистую систему с развитием гипоксемии, гипервентиляции, что приводит к респираторному алкалозу и развитию воспаления). Так, курение, низкая физическая активность, стрессы, артериальная гипертензия (АГ), отягощенная наследственность по ИБС у больных с ХОБЛ встречается более чем в половине случаев, а наличие АГ, избыточной массы тела создает благоприятную почву для более раннего развития атеросклероза. В свою очередь, снижение общей сократительной способности миокарда при обострении ИБС ухудшает легочную гемодинамику, усиливает нарушения альвеолярного газообмена и утяжеляет течение ХОБЛ.

Следовательно, сочетание ИБС и ХОБЛ является прогностически неблагоприятным вследствие взаимного патогенетического отягощения течения заболеваний и раннего развития хронического легочного сердца.

Несмотря на эти наблюдения, состоянию сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХОБЛ уделяется недостаточно внимания. В некоторых нормативных документах признается, что ССЗ зачастую сопутствуют заболеваниям легких, но никаких определенных практических рекомендаций не приводится. Более того, больные с сопутствующими заболеваниями, как правило, исключаются из протоколов контролируемых клинических исследований.

Комбинированное течение ИБС и ХОБЛ приводит не только к изменению клинической картины и прогноза заболевания, но и создает трудности в плане проведения лечебных мероприятий. Так, базисная терапия ХОБЛ сопряжена с возрастанием частоты сердечных сокращений (ЧСС), увеличивающим нагрузку на миокард в условиях хронической дыхательной гипоксии, что неизбежно повышает риск фатальных осложнений и требу-

ет корректирующих мероприятий. Вместе с тем применение при ИБС таких базисных медикаментов, как β-блокаторы, направленных на снижение ЧСС, ограничивается заболеваниями легких, гипотензией и другими противопоказаниями.

В ряде проведенных крупных контролируемых и экспериментальных исследований показано положительное действие ивабрадина при лечении больных с ИБС различной степени тяжести. Высказывалось предположение, что ивабрадин может иметь определенные преимущества у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ или бронхиальной астмой (БА), которым противопоказано применение β-блокаторов, а снижение ЧСС жизненно необходимо. Однако исследований по клинической эффективности ивабрадина у больных с кардиореспираторной патологией не проводилось.

Цель работы — в открытом исследовании изучить клиническую эффективность селективного и специфического ингибитора If-каналов — ивабрадина (кораксан, Servier) у пациентов с кардиореспираторной патологией (ИБС в сочетании с ХОБЛ).

В исследование включены 50 больных (42 мужчины и 8 женщин; средний возраст обследованных составлял 52,1 ± 3,4 года) с ИБС (стабильная стенокардия) в сочетании с ХОБЛ. У 32 больных выявлена стабильная стенокардия напряжения II функционального класса, у 18 — стабильная стенокардия III функционального класса. Из 32 больных со стабильной стенокардией II функционального класса у 24 человек в качестве сопутствующей патологии была ХОБЛ средней степени тяжести, у 8 — ХОБЛ тяжелого течения. У всех больных со стабильной стенокардией напряжения III функционального класса зарегистрирована ХОБЛ тяжелого течения.

Группу сравнения составили 36 пациентов с аналогичной клинической картиной заболевания, статистически однородные по возрастному-половому составу и спектру сопутствующей патологии.

Всем пациентам обеих групп проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, которое включало в себя общий и биохимический анализ крови, газовый состав капиллярной крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию по разработанному протоколу, тест с 6-минутной ходьбой, спирографию.

Показано, что применение ивабрадина в дозе 5 мг 2 раза в сутки приводило к достоверному (p < 0,05 для всех) уменьшению числа приступов стенокардии в неделю, а также времени безболевого ишемии миокарда, снижению средней ЧСС за сутки и во время физических нагрузок, увеличению пройденного расстояния за 6 минут пациентами со стабильной стенокардией напряжения II функционального класса, увеличению фракции выброса левого желудочка. Отрицательной динамики показателей функции внешнего дыхания до и после лечения ивабрадином отмечено не было.

Ивабрадин является эффективным антиангинальным препаратом у больных с кардиореспираторной патологией, достоверно снижает частоту приступов стенокардии, время безболевого ишемии миокарда, способствует оптимизации вентиляционно-перфузионных соотношений в легких, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, снижает давление в легочной артерии, улучшает качество жизни и не влияет на функцию внешнего дыхания.