

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Агабабян И.Р.¹, Исмаилов Ж.А.², Рузиева А.А.³

¹Агабабян Ирина Рубеновна – доцент;

²Исмаилов Жамиш Абдураимович – ассистент;

³Рузиева Амира Асроровна – ассистент,

кафедра внутренних болезней, педиатрический факультет с курсом терапии,
факультет послевузовского и дополнительного профессионального образования,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – самостоятельная нозологическая форма, представляющая заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, связанная с патологическим воспалительным процессом в легких. При ХОБЛ этот процесс необратимый, постоянно прогрессирующий и приводящий к тяжелым осложнениям и со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно у пациентов с ожирением.

Ключевые слова: ХОБЛ, ИБС, ожирение, ХСН, хроническое легочное сердце, аритмия, артериальная гипертензия.

ХОБЛ занимает четвертое место по смертности среди всех заболеваний. По данным ВОЗ, к 2030 г ХОБЛ станет третьей по значимости причиной смерти в мире. В настоящее время около 3 млн смертей связано ежегодно с ХОБЛ [7, 9, 12]. Курение и метаболический синдром, в частности ожирение, являются главной причиной возникновения ХОБЛ и одним из главных факторов риска развития различных кардиологических заболеваний, в частности ИБС и гипертонической болезни. Уже на этапе формирования этих заболеваний встречаются общие патогенетические механизмы. Если мы имеем патологию со стороны легких, то возникает и патология сердца. Если же имеется патология со стороны сердечно-сосудистой системы, то могут возникать хроническое легочное сердце, различные нарушения ритма, тромбоэмболии легочной артерии [5, 6, 11, 27].

В настоящее время особое внимание уделяется изучению факторов риска и осложнений ХОБЛ, среди которых особое место занимают табакокурение, запыленность городов, производственная пыль, возраст, респираторные инфекции, частые их обострения, утяжеляющие течение обструктивной болезни легких. Так, с табакокурением связывают не только появление патологических процессов в легких, но и развитие системных воспалительных реакций, окислительный стресс, дисфункцию эндотелия сосудов, возрастание активности прокоагулянтных факторов, аппликацию онкогенов и другие системные эффекты [10, 12, 25].

Относительно мало изучено о развитии дыхательной недостаточности у пациентов с ожирением с ХОБЛ, с другой стороны, с развитием дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности. В исследованиях пациентов с ожирением на фоне ХОБЛ различной стадии была обнаружена корреляция между функцией левого желудочка и сердечной аритмией. Прогрессирование ХОБЛ может приводить к патологии сердечно-сосудистой и, в конечном итоге, проявлению хронической декомпенсации легочной болезни сердца. Сочетание хронической сердечной недостаточности с ХОБЛ и ожирением вызывает не только диагностические, но и терапевтические проблемы [1, 4, 13]. Разработка условий для развития сердечно-сосудистой патологии при ХОБЛ свидетельствует не только о включении различных форм патологии, но и о наличии кардиореспираторной персистенции. ХОБЛ является непосредственным участником формирования артериальной гипертонии, ИБС и ХСН. Развитие этих нарушений основано на совокупности патогенетических механизмов, действующих через не прямое повреждение сосудов, дисфункцию эндотелия и артериальное упрочнение. Эти факторы включают гипоксемию, ожирение, диабет, курение, окислительный стресс, низкий уровень системного воспаления во время отдыха или физических упражнений [2, 8, 16, 26]. Ряд исследований показал, что хронический обструктивный бронхит не зависит от возраста, курения, холестерина, ожирения и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с систолическим артериальным давлением (САД). Обсуждая вопросы развития ХСН у больных ХОБЛ, нельзя не упомянуть про прогрессирование хронического легочного сердца (ХЛС). Это заболевание является одной из важных проблем современной медицины. По данным ряда авторов, ХОБЛ сопровождается развитием легочной гипертензии в 30-50% случаев [13, 16, 20, 24]. Две трети пациентов с ХОБЛ умирают от 15 месяцев до 5 лет после начала декомпенсации кровообращения. Среди причин смерти в группе до 40 лет она занимает третье место после артериальной гипертонии и хронической коронарной недостаточности [3, 17, 18, 21]. ХОБЛ является непосредственным участником формирования артериальной гипертонии, ИБС и ХСН. Развитие этих нарушений основано на

непосредственных органах или совокупности патогенетических механизмов, действующих через не прямое повреждение сосудов, дисфункцию эндотелия и артериальное упрочнение. Эти факторы включают гипоксемию, ожирение, диабет, курение, окислительный стресс, низкий уровень системного воспаления во время отдыха или физических упражнений [11, 12, 13, 22]. Диагноз хронической обструктивной болезни легких трудно установить у больных с ХСН из-за сходной симптоматики, а также из-за проблем в интерпретации функции внешнего дыхания. Ввиду возможной гипердиагностики у больных с ХОБЛ и ХСН, функция внешнего дыхания должна быть выполнена, когда пациенты стабильны в течение, по крайней мере, 3 месяцев, чтобы избежать эффекта рестрикции при венозном застое в малом круге кровообращения, вызывающей внешнюю обструкцию альвеол и бронхиол [14, 15, 23].

Мы знаем, что при лечении сердечной недостаточности в комплексном лечении используются ингибиторы АПФ, сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, антиагреганты, антикоагулянты, сердечные гликозиды, диуретики, статины. Хорошие результаты по данным некоторых авторов дают ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), применение периндоприла или лизиноприла в качестве составляющих комплексного лечения ХСН с высокоселективными β_2 -адреномиметическими комбинациями сальметерола (2 раза в день) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, компенсированной и декомпенсированной ХОБЛ [15, 18]. При сочетании ХСН и ХОБЛ используемые ингибиторы АПФ уменьшают эндотелиальную дисфункцию, замедляют ремоделирование левого и правого желудочков, улучшают качество жизни. Кроме этого препараты также уменьшают воспалительный процесс в легких и вазоконстрикцию, тем самым улучшая капиллярный газообмен альвеол. Некоторые исследования показали, что антагонисты минералокортикоидных рецепторов и диуретики назначаются для лечения хронической сердечной недостаточности любой этиологии. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов предотвращают повреждение альвеолярной капиллярной мембраны, тем самым улучшая распределение газа [12, 22]. Наличие вторичного иммунологического дефицита у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких хорошо изучено. У пациентов с обструктивным бронхиальным синдромом повреждение тканей вследствие гипоксии тканей, включая нарушение иммунной системы, может привести к снижению иммунитета к инфекции и нарушению иммунологической толерантности. Существует четкая связь между снижением сокращения миокарда и выраженностью аутосенсibilизации. Пациенты более восприимчивы к сердечным антигенам с повышенным воспалением в легких. У пациентов с нарушенным сокращением миокарда хроническая обструктивная болезнь легких сохраняет чувствительность к сердечному антигену во время ремиссии, что указывает на наличие аутоиммунных механизмов в развитии поражения миокарда. Аутоиммунное повреждение миокарда неизбежно меняет его сокращающие свойства, способствуя образованию сердечной недостаточности [11, 21].

Таким образом, это аутоиммунное повреждение часто ассоциируется с ХОБЛ у пациентов с сердечной недостаточностью. В этом случае имеются случаи гиподиагностики и гипердиагностики ХОБЛ у пациентов с ожирением и сердечной недостаточностью. Наличие респираторных жалоб (кашель, одышка), а также характер одышки и аускультурные симптомы бронхиальной обструкции не согласуются с наличием ХОБЛ у пациентов с сердечной недостаточностью. Это требует дальнейшей разработки программ по рациональной терапии, направленной на предупреждение развития ХСН у молодых больных с ХОБЛ на фоне избыточной массы тела.

Список литературы

1. Агабабян И.Р. Влияние каптоприла на течение хронической сердечной недостаточности // World science: problems and innovations, 2017. С. 180-182.
2. Агабабян И.Р., Адилов А.С. Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности // Вестник врача, 2017. С. 12-16.
3. Агабабян И.Р. и др. Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертонии // Достижения науки и образования, 2019. № 10 (51).
4. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертонии и ожирения у неорганизованного населения самаркандской области // International medical scientific journal, 2015. С. 30.
5. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Мухтаров С.Н. // Роль маркеров воспаления жировой ткани как основных факторов развития артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом. Приоритеты мировой науки: эксперимент и научная дискуссия: Материалы XXI международной научной конференции. Моррисвилль, 2019. С. 25-29.
6. Агабабян И.Р. и др. Изучение состояния кардиоваскулярной системы при ХОБЛ // Достижения науки и образования, 2019. № 10 (51).

7. *Агабабян И.Р. и др.* Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертонии // Достижения науки и образования, 2019. № 10 (51).
8. *Аралов Н.Р. и др.* HLA-ассоциированная предрасположенность к бронхиальной астме // Аллергология и иммунология, 2006. Т. 7. № 3. С. 308а-308.
9. *Зиядуллаев Ш.Х. и др.* Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 1. С. 38-41.
10. *Зиядуллаев Ш.Х. и др.* Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких // Академический журнал Западной Сибири, 2015. Т. 11. № 1. С. 13-14.
11. *Зиядуллаев Ш.Х. и др.* Комбинированная антигипертензивная терапия (обзор литературы) // Академический журнал Западной Сибири, 2015. Т. 11. № 1. С. 11-12.
12. *Ишанкулова Д.К. и др.* Эффективность комбинированного применения нитратов в лечении хронической сердечной недостаточности // Научные исследования, 2019. № 2 (28).
13. *Тошиназаров Ш.М., & Шодиева Г.Р.,* 2019. Эффективность дигитализации-дигоксином у больных с хронической сердечной недостаточностью. in фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. Рр. 175-177.
14. *Тошиназаров Ш.М., Назарова З.Ш., Сафарова Ф.Х., Исометдинова З.С. & Низомов Б.У.,* 2019. Эффективность комбинированного применения ингибиторов апф в лечении хронической сердечной недостаточности. Вопросы науки и образования. № 6 (52).
15. *Хамраева Н.А., Тоиров Э.С.* Оценка эффективности" пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2015. № 12. С. 103-106.
16. *Хасанжанова Ф.О. и др.* Предикторы неблагоприятного прогноза с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в условиях экстренной медицинской помощи // Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана, 2018. Т. 278.
17. *Шавази Н.М., Лим М.В., Тамбриазов М.Ф., Хусаинова Ш.К.* Распространенность рецидивов обструктивного бронхита у детей. Ж. Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2018. № 4 (104). С. 131-133.
18. *Шавази Н.М., Лим М.В., Закирова Б.И., Лим В.И., Кодирова Ш.С., Узокова М.Ф.* Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей Жур. "Доктор ахборотномаси" Самарканд, 2017. № 4. Стр. 35-38.
19. *Шамсиев А.М., Мухаммадиева Л.А.* Современные подходы лечения детей с деформирующим эндобронхитом // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2015. № 12.
20. *Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шарипов Р.Х.* Влияние озонотерапии на показатели перекисного окисления липидов у детей с распространенными формами аппендикулярного перитонита // Анналы хирургии, 2001. № 5. С. 77.
21. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино, 2001.
22. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
23. *Шамсиев А.М., Базаров Б.Б., Байбеков И.М.* Патоморфологические изменения бронхов и легких при инородных телах у детей // Детская хирургия, 2009. № 6. С. 35-37.
24. *Fazilova G. et al.* The role of certain regulatory cytokines in the immunopathogenesis of extrinsic allergic alveolitis, 2018.
25. *Kholliyev R. et al.* The role of antioxidant enzymes in the pathogenesis of asthma and the formation of the features of its clinical course, 2015.
26. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
27. *Shamsiyev A.M., Rabbimova D.T.* Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2017. С. 152.