

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

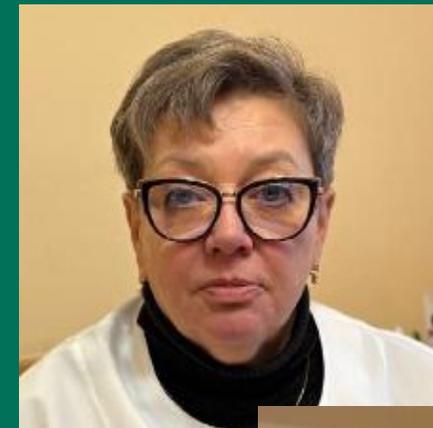
# **ХОБЛ ИЛИ ХСН? ИЛИ И ТО И ДРУГОЕ?**

## **Как диагностировать и как лечить**

**Приколота О.А., Приколота А.В.**

**«Избранные вопросы терапии, кардиологии, ревматологии, нефрологии. Посвящена проф. А.И.Дядыку».**

**6 июня 2025**



# Клинический случай

**60-летний мужчина (110 кг, 170 см) Жалобы** на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки ног, увеличение массы тела на 4 кг за последние 3 дня.

**Пациент** курит 40 пачко/лет, страдает диабетом 2 типа, ожирением, гиперлипидемией и АГ.

**При осмотре:** набухание шейных вен, в легких - хрипы на выдохе, ортопноэ до 26 в мин, отек стоп и лодыжек, АД 180/110 мм рт. , ЧСС 104 в мин. Нв 168 г/л

Этот сценарий описывает общую дилемму в повседневной клинической практике.

**У этого пациента ХОБЛ, сердечная недостаточность или и то и другое?**

# **Одышка при физической нагрузке** —

**чрезвычайно распространённая жалоба, с которой обращаются от 10% до 20% взрослого населения и до 2/3 старше 60 лет.**

**Различить ХСН, ХОБЛ, обе эти болезни или ни одну из них может быть непросто из-за большого сходства симптомов, клинических признаков, сопутствующих заболеваний и факторов риска, особенно курения.**

**Кроме того, ранее поставленный диагноз одного заболевания может затруднить постановку диагноза другого, поскольку врачи могут не учитывать дополнительные причины одышки.**

**Carlos Santiago (2025)  
American Journal of Respiratory and Critical Care  
Medicine**

# Эпидемиология

**ХОБЛ и ХСН достаточно распространенные заболевания у пожилых. ХОБЛ развивается на 10 лет раньше ХСН (>55vs> 65)**

**ХОБЛ и ССЗ х-ся системным воспалением которое, частично, играет ведущую роль в патогенезе обоих заболеваний**

**Пациенты с ХОБЛ имеют более высокий, чем в популяции (с учетом пола, возраста) риск СС событий**

**Распростр ХОБЛ у пациентов с низкой ФВЛЖ от 8 до 52 %.**

**При декомпенсации ХСН, бронхообструкция при аускультации -сухие хрипы на выдохе выслушивается у ~ 35 % больных**

**У лиц с обострением ХСН ↓ ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7 у 41 %, через 6 месяцев, когда больные находились в стабильном состоянии (эуволемии) у 9 %.**

# Причины гипердиагностики ХОБЛ у больных ХСН

При ХОБЛ имеется внутрибронхиолярная обструкция, диагностируемая при спирографии как ↓ ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ

ХСН ↑ рестриктивные нар. (↑ сог, гидротор, фиброз и застой в легких, ожирение); ФЖЕЛ ↓ на 20 %, обычно без ↓ ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ

При декомп ХСН происходит экстрабронхиолярная (жидкостная) обструкция и ↓ ф-ции грудных мышц, что приводит к ↓ ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ

В исследовании, пациентам со стаб. ХСН с ↓ ФВЛЖ проводили в теч 30 мин инфузию 1 л физ.р-ра, что приводило к ↓ ОФВ<sub>1</sub>, но не ФЖЕЛ и ↓ ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ. У здоровых пациентов этого снижения не было

Puri S. Circulation 1999.

Спирография не является надежным тестом для диагностики ХОБЛ у пациентов с декомпенсацией ХСН. Альтернатива-бодиплетизмография (ООЛ/ОЕЛ)

# Почему важно установить диагноз?

**1. Медикаментозное лечение СНнФВ может в 2 раза увеличить продолжительность жизни**

**2. Нет доказательств, что ингаляционная терапия при ХОБЛ увеличивает продолжительность жизни.**

**РКИ ETNOS и IMPACT показали тенденцию к снижению смертности у пациентов, получавших тройную терапию (ИГК, тиатропий и бета-агонисты длительного действия) по сравнению с двойной терапией**

**3. Отсутствуют данные о влиянии бронходилататоров на прогноз у больных ХСН**

**4. Отсутствуют данные о влиянии квадритерапии СНнФВ на прогноз больных ХОБЛ**

# Диагностика ХСН, ХОБЛ

## Симптомы/признаки ХСН

Ортопноэ

Отеки

Пароксизмальная ночная одышка

Расширение границ сердца

Ритм галопа

## Оценка вероятности ХСН

Анамнез, осмотр

BNP, NT-proBNP

ЭКГ (с любой аномалией)

**Есть симптомы**

ЭхоКГ

**ХСН**

**С низкой, умеренно сниженной и сохранной ФВ**

Характерны для 2-х заболеваний:  
Хр.одышка  
Снижение ТФН  
Усталость, ↓ работоспособности

## Симптомы/признаки ХОБЛ

Хронический кашель с мокротой

Частые обострения  
Сторонних симптомов

## Оценка вероятности ХОБЛ

Возраст > 40 лет, анамнез курение в анамнезе

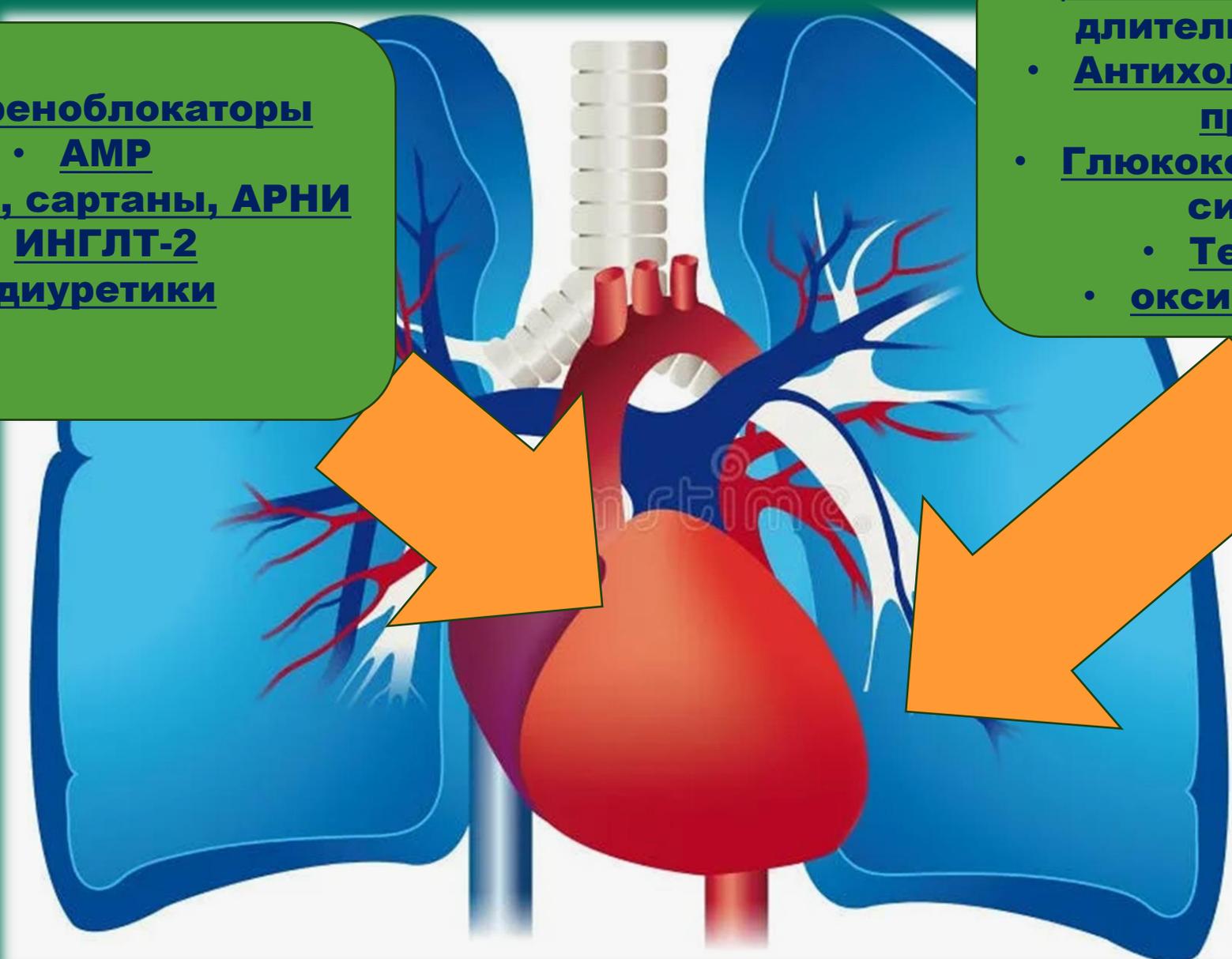
## Спирометрия

ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %  
После бронходилататора

**ХОБЛ**

- $\beta$ -адреноблокаторы
  - АМР
- ИАПФ, сартаны, АРНИ
  - ИНГЛТ-2
  - диуретики

- $\beta_2$ -агонисты короткого и длительного действия
- Антихолинергические препараты
- Глюкокортикоиды (инг, системные)
  - Теofilлин
  - оксигенотерапия



# Почему важно установить диагноз?

-  **$\beta$ -2-агонисты** короткого и длительного действия уменьшают одышку, облегчают симптомы и являются **препаратами первой линии** в лечении больных ХОБЛ

До открытия в 1980-90-х годах преимуществ ингибирования РААС и антагонизма адренергической системы небольшие исследования на пациентах с СН показали, что селективные  $\beta$ -2 агонисты увеличивают ФВ ЛЖ и сердечный выброс

$\beta$ -адреноблокатор с внутренней симпатомиметической активностью **ксамотерол** вызывал в три раза более высокую смертность через 3 месяца лечения у пациентов с СНнФВ по сравнению с плацебо.

-  **$\beta$ -2-агонисты**  $\uparrow$  ЧСС,  $\downarrow$  сократ и уровни К $\rightarrow$  $\uparrow$  риск аритмии и ВСС; при длит применении м.д. об их антагонизме с  $\beta$ -АБ и негат влиянии на ремоделирование миокарда

-в исс. SUMMIT было показано, что  $\beta$ -2-агонисты и инг ГК не  $\uparrow$  КВС

# Почему важно установить диагноз?

- антихолинергические препараты (ипратропий и тиотропий) ассоциируются с улучшением симптомов у снижением риска обострений у больных ХОБЛ

Оба препарата (прежде всего ипратропий) также связаны с повышенным риском сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин в метаанализах, возможно, из-за проишемических и/или проаритмических эффектов.

Теоретически можно предположить, что длительное применение  $\beta$ -2-агонистов могут оказывать действие, противоположное  $\beta$ -блокаторам на ремоделирование сердца в долгосрочной перспективе.

Поэтому считается, что использование антихолинергических препаратов **предпочтительнее длительного использования  $\beta$ -2-агонистов у лиц с ХСН**

# Почему важно установить диагноз?

- ингаляционные ГК также эффективны как и  $\beta$ -2-агонисты в улучшении симптомов и снижении риска обострений у больных ХОБЛ

ГК вызывают небл метаб эффекты при ССЗ и вызывают задержку Na и воды,  $\uparrow$  риск пневмоний; эти риски при применении инг ГК мин. При ХСН их назначение д.б. тщательно продумано

- метилксантины явл препаратом 2 ряда в лечении ХОБЛ. Легко накапливаются до токсических доз, особенно у пациентов с ХСН и приводят к фатальным аритмиям. При ХСН избегать!

# Почему важно установить диагноз?

**β-блокаторы** относятся к препаратом первой линии в лечении СНнФВ и являются самым большим прогностическим преимуществом для этой категории больных

В то же время, существуют опасения, β-АБ могут вызывать бронхоконстрикцию и снижать эффективность β-агонистов

У пациентов ХОБЛ, применение β-АБ снижает ОФВ<sub>1</sub>, причем неселективные (карведилол) ~ на 100 мл↑, чем селективные

1 РКИ для оценки применения β-АБ у пациентов с ХСН и ХОБЛ (N = 532) было прекращено преждевременно: в группе метопролола, риск развития тяжелого обострения ХОБЛ был на 91% выше по сравнению с пациентами, получавшими плацебо

β-АБ могут быть связаны с худшими исходами, связанными с ХОБЛ, их польза у пациентов с СНнФВ является глубокой, хорошо зарекомендовавшей себя и широко рекомендуемой. Большинство больных с ХОБЛ переносят их удовлетворительно

# Почему важно установить диагноз?

**ИАПФ/сартаны** могут повысить растяжимость лёгких, увеличить переносимость физических нагрузок и уменьшить фиброз лёгких. Ретроспективные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с ХОБЛ, принимающих ИАПФ/БРА, медленнее снижается функция лёгких и медленнее прогрессируют эмфизематозные изменения на КТ. Сартаны не вызывают кашель, поэтому предпочтительней у больных ХОБЛ

**ИНГЛТ-2** Метаанализ 9 крупных РКИ с ИНГЛТ-2 в различных группах пациентов показал, что препарат может снизить риск госпитализации по поводу обострения ХОБЛ на 34 %, в т.ч. инф

# Клинический случай

**Пациент  
декомпенсирован**



Диуретики (ф, т), нитраты

**Пациент имеет  
бронхообструкцию**



Инг.сальбутамола (с уч  
риска тахиаритмий)

Исп сальбутамола может рассматриваться как краткосрочная терапия до того, пока не начнут работать диуретики ( 1-2 ингаляции)

**Ингибиторы РААС**



Предпочтение сартанам  
(валсартан, кандесартан)

У больных ХОБЛ кашель, вызванный ИАПФ развивается чаще, чем у пациентов без этого заболевания, что ограничивает их применение

**Снижение ЧСС**



Ивабрадин (при ФВ  $\leq$  40  
%)

# Клинический случай

Ключевым методом лечения ХСН является применение  $\beta$ -АБ (после стабилизации больного)

- $\beta$ -АБ недостаточно часто используются при ХОБЛ у больных ХСН (~ в  $\frac{1}{2}$  случаев), несмотря на их «+» влияние на прогноз
- в целом ряде иссл метопролол, бисопролол не показали  $\downarrow$ ОФВ1/ФЖЕЛ. Противопоказан карведилол

G. Güder et al Eur J of H F(2014) 16, 1273–1282

**Table 2.** Considerations for Beta-Blocker Use in Patients with COPD.

- Исп. $\beta$ -АБ у пац с ХОБЛ должно быть ограничено кардиоселективными агентами как в начале терапии так и при длительном лечении АГ
- Кардиоселективные  $\beta$ -АБ должны использоваться у пациентов с ХОБЛ, имеющих соответствующие показания (ХСН. Перен ИМ и т.д.)
- У этих пациентов  $\beta$ -АБ уменьшают риск обострения ХОБЛ и смертность
- Требуется бдительность при использовании некардиоселективных  $\beta$ -АБ



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

SW Finks et al. N Engl J Med  
2020;382:353-363.

# Заключение

- 1. У пациентов с ХСН отношение ОФВ1 / ФЖЕЛ  $<0,7$  недостаточно для диагностики истинной ХОБЛ.**
- 2. Из-за потенциального риска пагубных эффектов бронходилататоров у пациентов с ХСН, а также для предотвращения ненужной полипрагмазии, бронходилататоры длительного действия следует использовать только у пациентов с «истинной ХОБЛ».**
- 3. Ингаляционная терапия должна быть предпочтительнее оральной, так как системные эффекты меньше, если терапия применяется локально.**
- 4. Спирометрия обязательно должна выполняться у стабильных (эуволемических) больных ХСН для точного установления диагноза ХОБЛ.**
- 5. До тех пор, пока диагноз ХОБЛ не будет установлен, любая терапия бронходилататорами является экспериментальной.**