

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

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ



Зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, д.мед.н., проф. Моногорова Н.Е.



Доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н. Семендяева Е.В.



Доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица, к.мед.н. Бородий К.Н.



Актуальность

- В современных условиях коморбидность признается как неотъемлемая черта хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)
- Тесная анатомо-физиологическая связь дыхательной и сердечно-сосудистой систем обуславливает частое сочетание ХОБЛ и АГ. По разным данным АГ имеют до 50% и более пациентов, страдающих ХОБЛ
- Значительный объем терапии обоих заболеваний, длительность и прогрессирующее течение, частые обострения ХОБЛ, приводящие к нестабильности АГ, системная гипоксия способствуют развитию сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств, снижающих толерантность больных к физической нагрузке и ухудшающих прогноз



Актуальность

- Сочетание СОАС и ХОБЛ ведет к утяжелению дыхательной недостаточности, ускоряет процесс развития легочной гипертензии и сердечной недостаточности у пациентов с сочетанием СОАС и ХОБЛ (синдромом перекреста)
- Интермиттирующая гипоксия в ночной период у пациентов с СОАС происходит на фоне гиповентиляции в результате хронической обструкции нижних дыхательных путей при ХОБЛ, что усугубляет системное воспаление и требует особого подхода к выбору методов респираторной поддержки
- Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения коморбидности ХОБЛ и СОАС в сочетании с АГ и ТДР изучены недостаточно

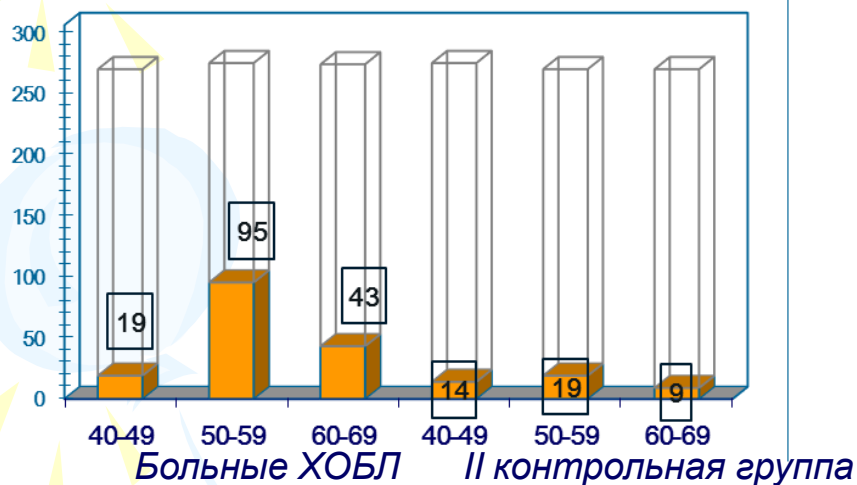


Цель исследования:

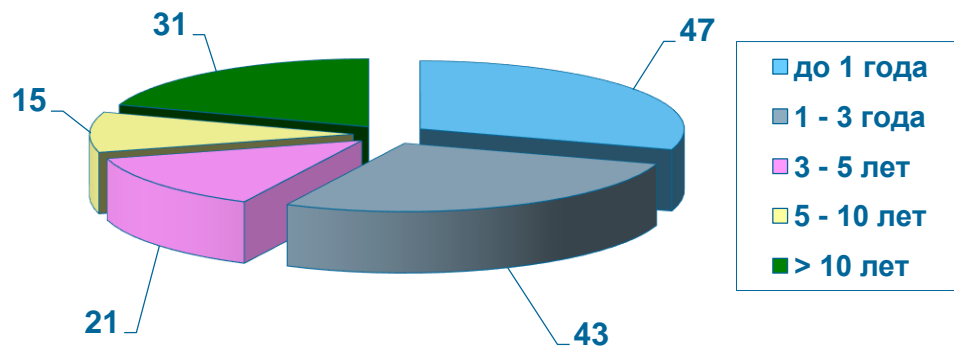
- повышение эффективности лечения ХОБЛ, сочетанной с ГБ и ТДР на основе изучения клинико-патогенетических особенностей такой коморбидности

демографические и анамнестические особенности больных ХОБЛ

Распределение обследованных больных по возрастным группам



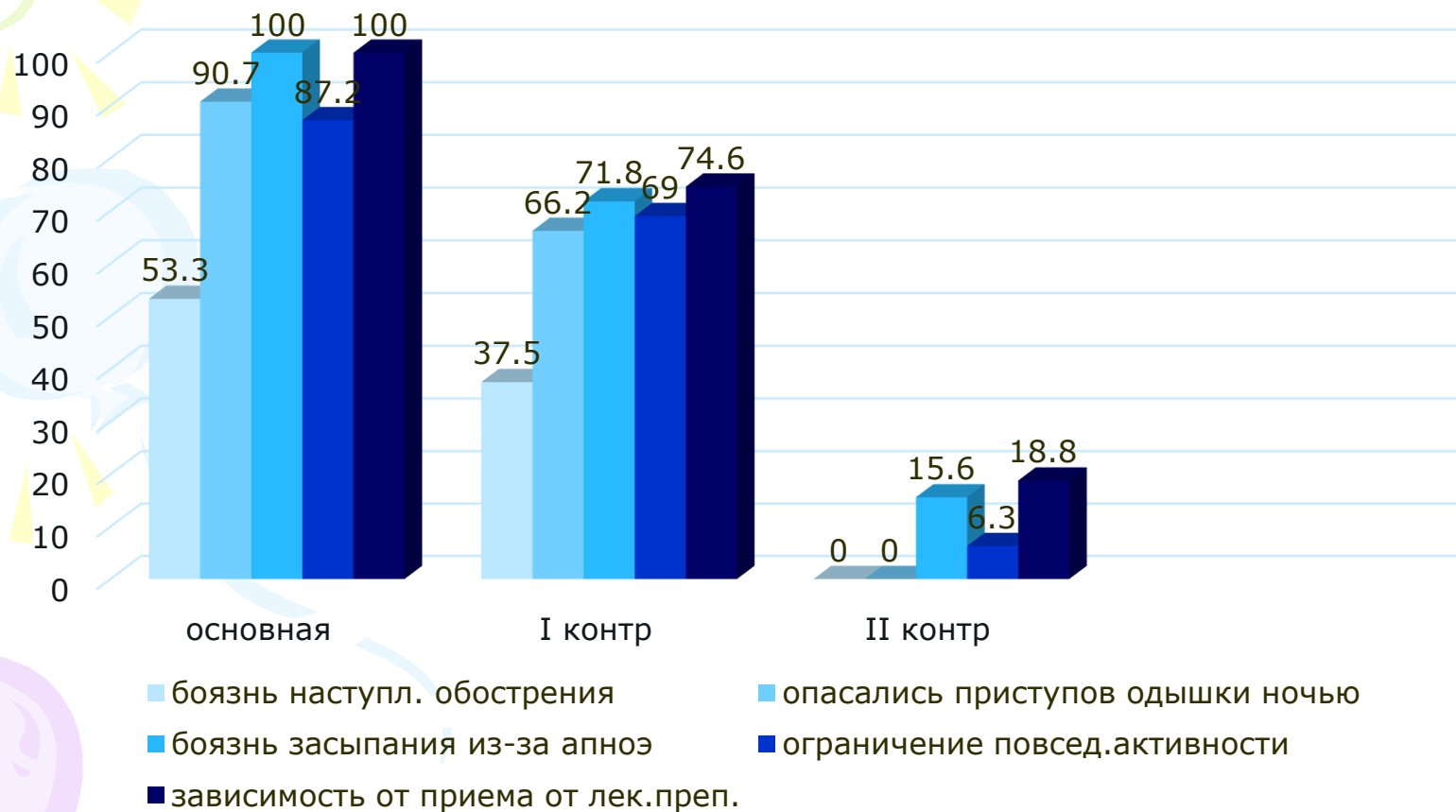
Распределение больных в зависимости от продолжительности болезни



При анализе психо-эмоционального состояния пациентов наиболее высокие цифры реактивной, личностной тревожности и депрессии выявлялись у пациентов основной группы


демографические и анамнестические особенности обследованных больных

Причины ТДР у пациентов

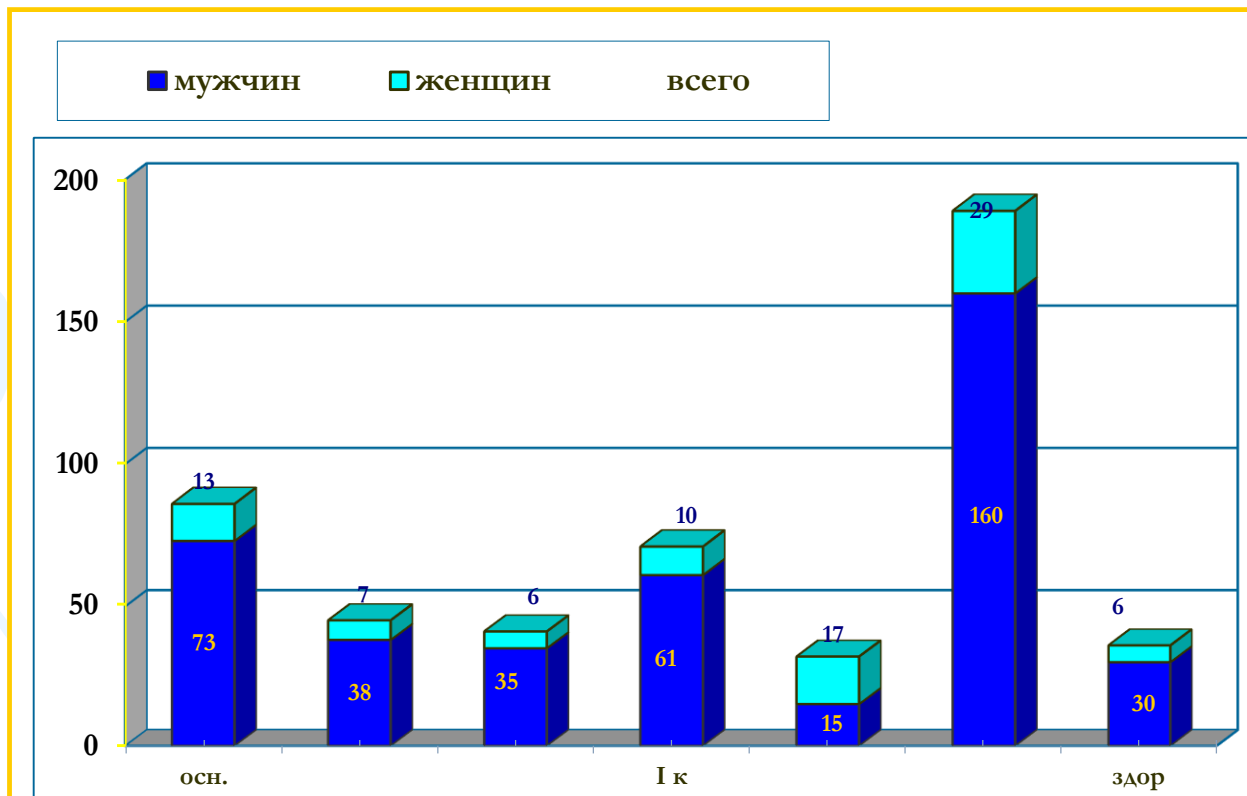




методы исследования:

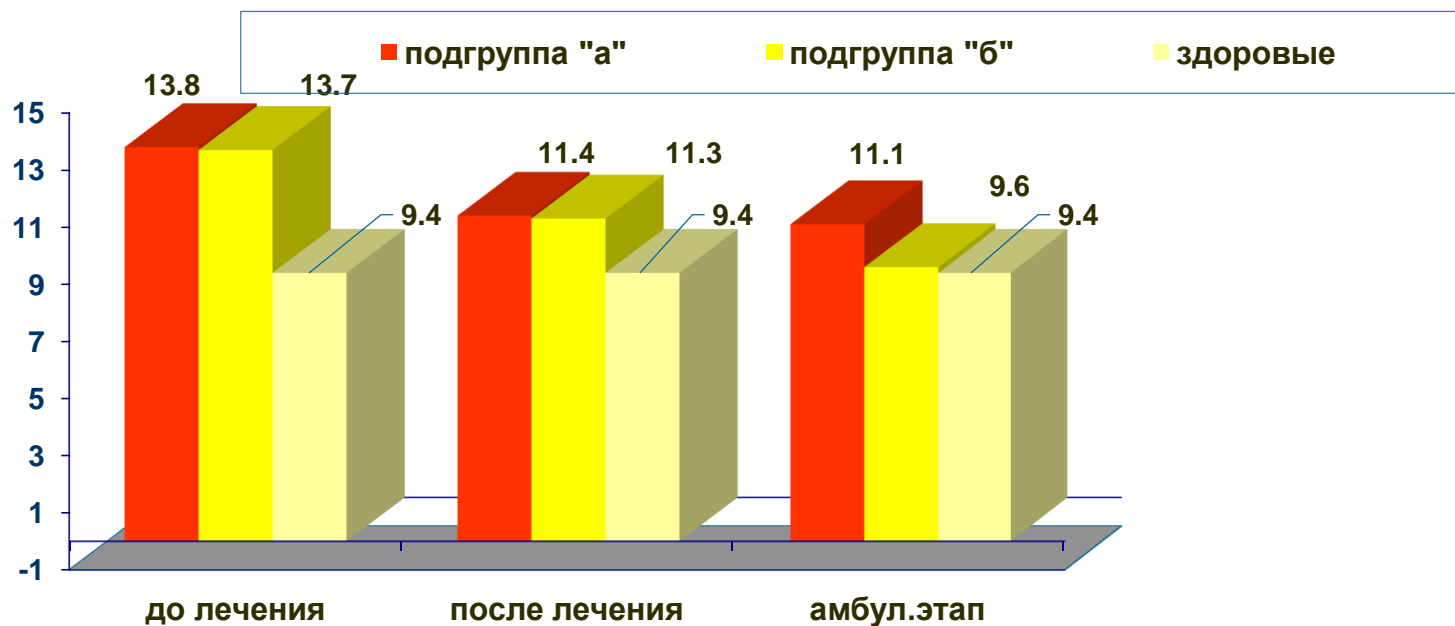
- Общеклинические, биохимические,
 - инструментальные:
 - рентгенография,
 - МСКТ,
 - бронхоскопия,
 - спирометрия,
 - ЭКГ,
 - ночной респираторный мониторинг с пульсоксиметрией,
 - опросники (шкалы mMRC, депрессии Бека, SF-36),
 - статистические
- 

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ



Распределение больных в зависимости от нозологической принадлежности и пола

Уровень депрессии по шкале Бека у пациентов исследованных групп



По шкале депрессии Бека у пациентов подгруппы «б» показатель снизился, однако, остался повышенным в 1,2 раза по сравнению с нормой, сравнимым с таковым в подгруппе «а», и признаки депрессии у пациентов сохранялись.

На амб. этапе у пациентов подгруппы «б» была также достигнута нормализация, в то же время в подгруппе «а» уровень депрессии остался повышенным.

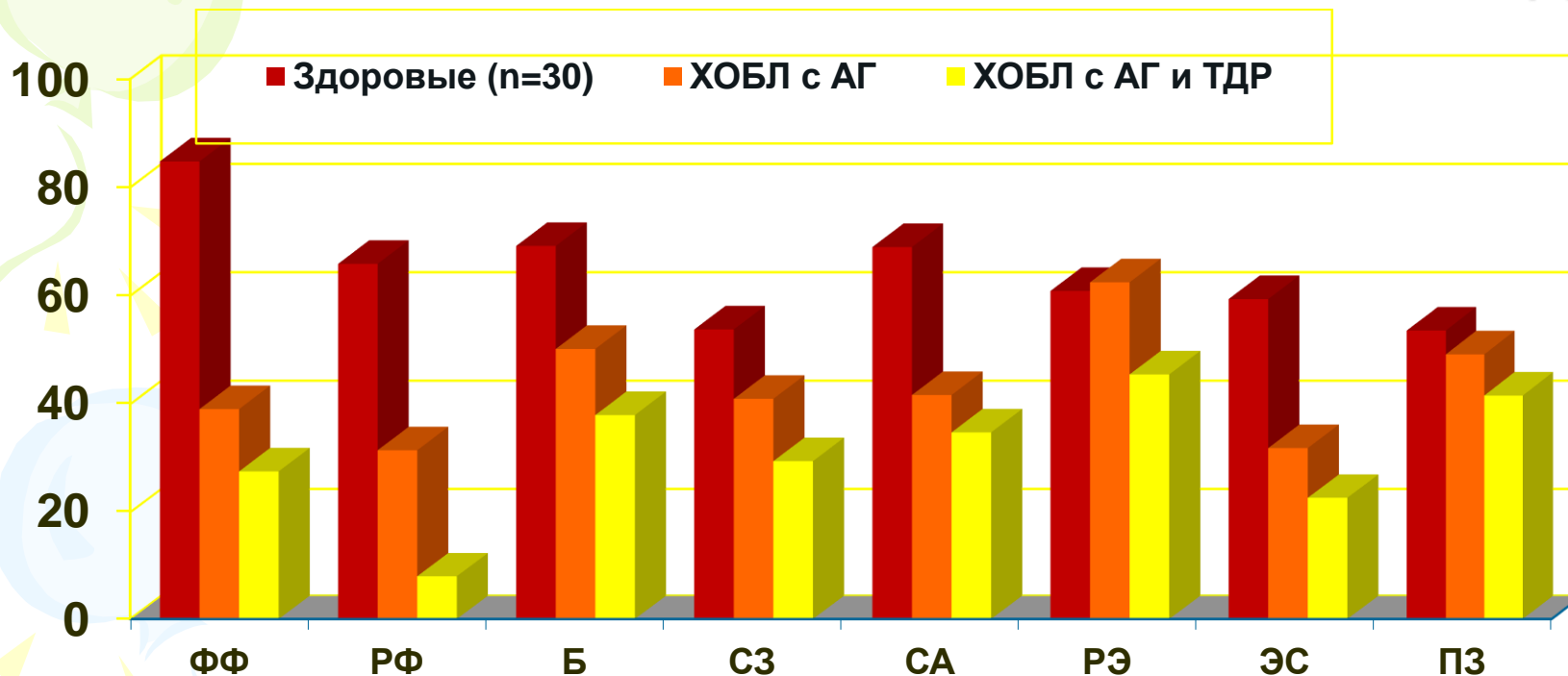
ПОКАЗАТЕЛИ КРИВОЙ ПОТОК-ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Показатели спирограммы у обследованных больных с ХОБЛ

Показатель	Группы больных	
	Основная группа (n=86)	I контрольная группа (n=71)
ЖЕЛ (л)	3,4 ± 0,3	3,3 ± 0,4
% от должн.	62,3 ± 3,7	63,1 ± 3,5
ОФВ₁, л/с	2,2 ± 0,4	2,3 ± 0,5
% от должн.	53,3 ± 3,2	54,1 ± 3,3
ФЖЕЛ	3,3 ± 0,4	3,4 ± 0,3
	61,7 ± 3,7	62,2 ± 3,8
ОФВ₁/ФЖЕЛ	66,7 ± 3,4	67,6 ± 3,6
ПСВ	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4
МОС₂₅	54,5 ± 3,9	55,7 ± 4,2
МОС₅₀	51,8 ± 3,7	53,1 ± 3,9
МОС₇₅	36,5 ± 2,7	37,4 ± 2,4

При спирометрическом обследовании у пациентов основной группы существенных отличий от показателей I контрольной группы не наблюдалось

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ГРУППЕ КОНТРОЛЯ И БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ГБ И ТДР



ФФ – Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), **РФ** – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical Functioning – RP), **Б** – интенсивность боли (Bodily pain – P), **СЗ** – общее состояние здоровья (General Health – GH), **СА** – социальная активность (Vitality – VT), **РЭ** – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Social Functioning – SF), **ЭС** – Роль эмоционального функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), **ПЗ** – Психическое здоровье (Mental Health – MH)

Патофизиология взаимоотношений ХОБЛ и СОАС

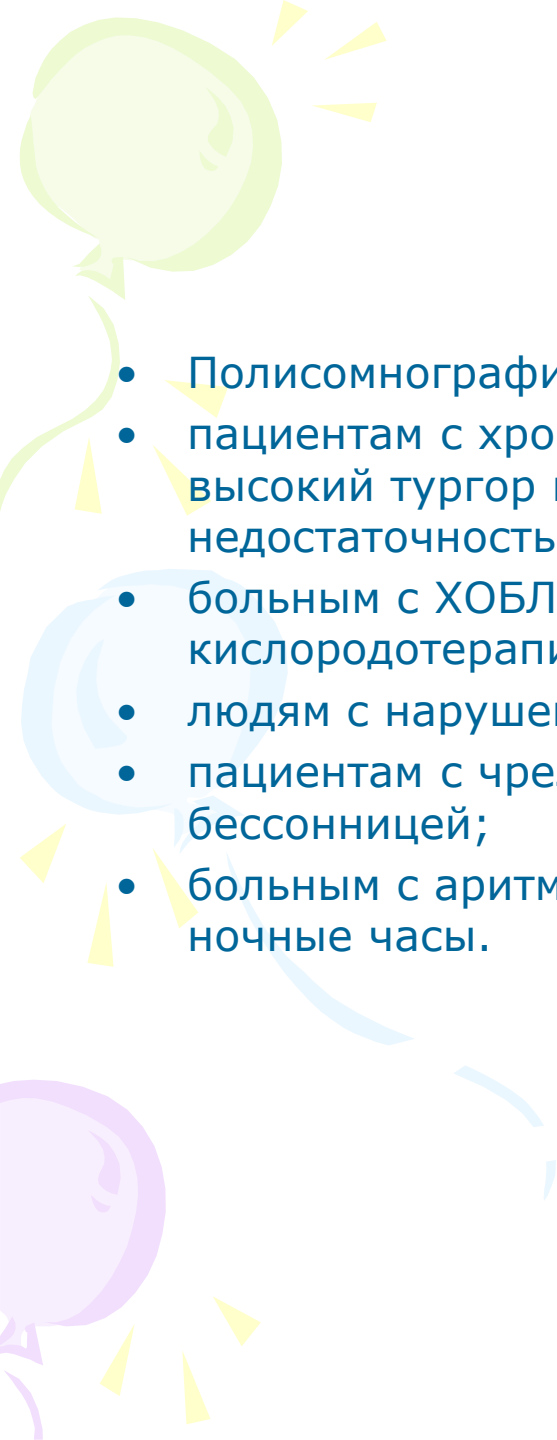
У больных с ХОБЛ промотирующими обструкцию верхних дыхательных путей факторами являются смещение периферического отека мягких тканей в зону ротоглотки в период горизонтального положения во время сна, особенно у больных с легочным сердцем

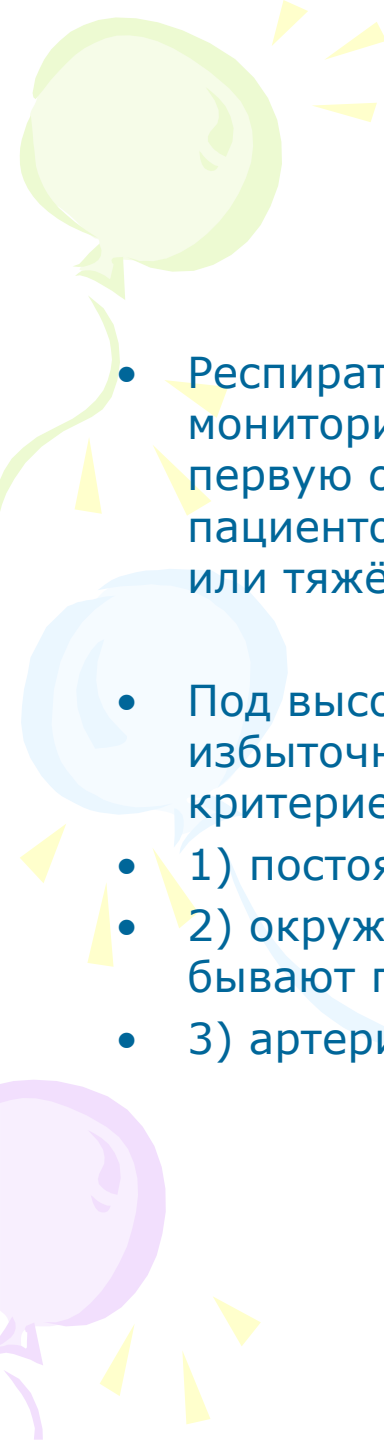
Курение является причиной локального воспаления слизистой ротоглотки и ведет к отеку и дополнительному сужению дыхательных путей на этом уровне

Назначение глюкокортикостероидов при ХОБЛ является причиной морбидного ожирения и задержки жидкости

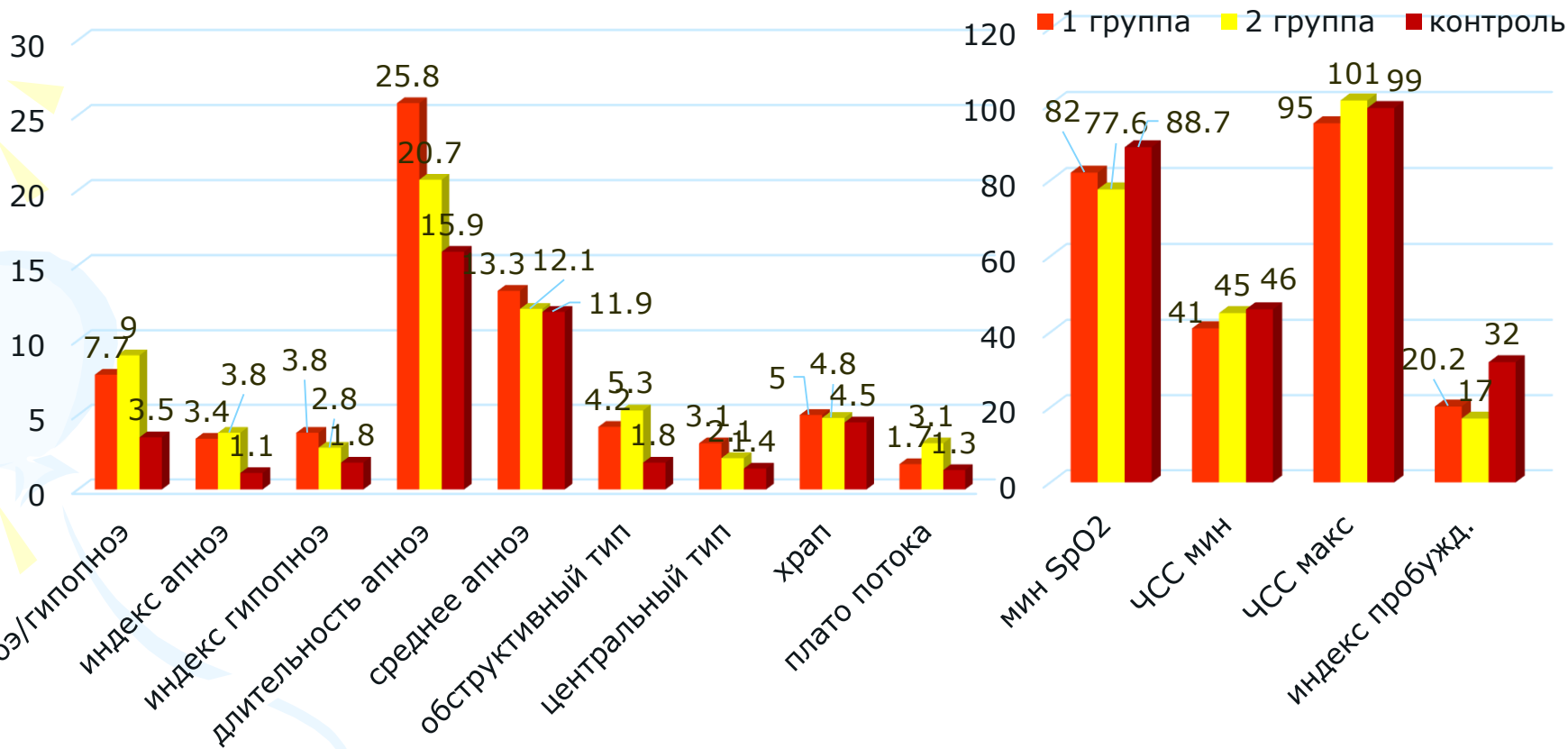
В дальнейшем, ожирение ведет к редукции функциональной остаточной емкости легких, следствием чего являются вентиляционно-перфузионные нарушения.

С другой стороны, защитными факторами, уменьшающими выраженность обструкции верхних дыхательных путей при ХОБЛ, являются низкий индекс массы тела, уменьшение продолжительности REM-сна.

- 
- Полисомнография показана:
 - пациентам с хронической обструктивной болезнью легких, у которых высокий тургор в легочной артерии, а также прогрессирует недостаточность правого желудочка;
 - больным с ХОБЛ, когда проводятся длительные сеансы кислородотерапии;
 - людям с нарушениями дыхания на фоне мышечных проблем;
 - пациентам с чрезмерно выраженной сонливостью днем или ночной бессонницей;
 - больным с аритмией, что сопровождается частыми пробуждениями в ночные часы.

- 
- Респираторная полиграфия (кардиореспираторное и респираторное мониторирование), проводимая как в стационаре, так и амбулаторно, в первую очередь предназначена для подтверждения диагноза СОАС у пациентов с высокой претестовой вероятностью выраженного (средней или тяжёлой степени) СОАС (стандарт).
 - Под высокой претестовой вероятностью следует понимать сочетание избыточной дневной сонливости с как минимум двумя из трёх критериев:
 - 1) постоянный громкий храп;
 - 2) окружающие замечают остановки дыхания во сне и/или у пациента бывают пробуждения с одышкой или удушьем;
 - 3) артериальная гипертензия

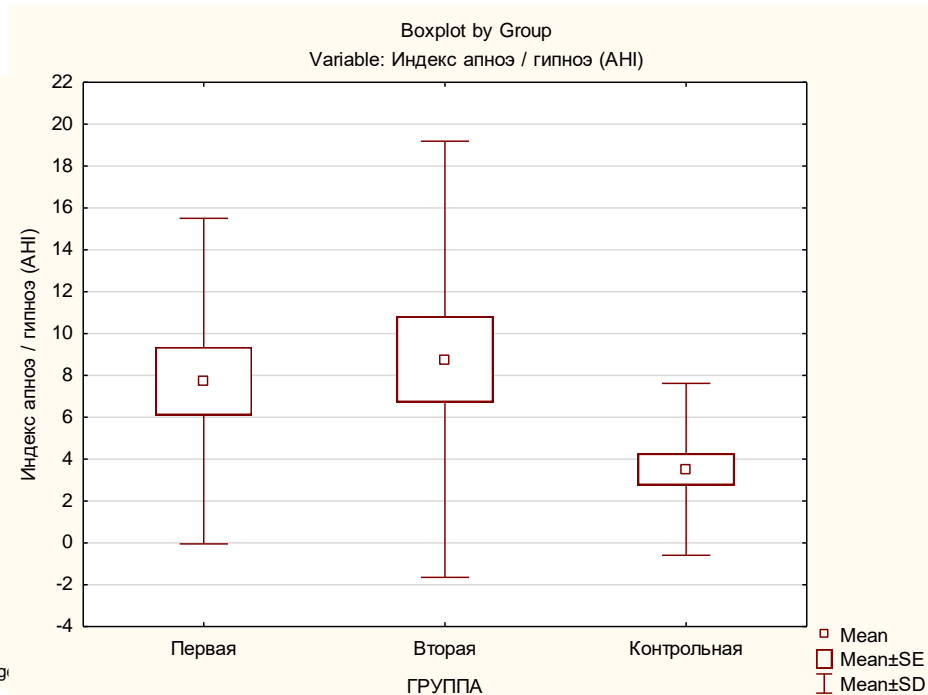
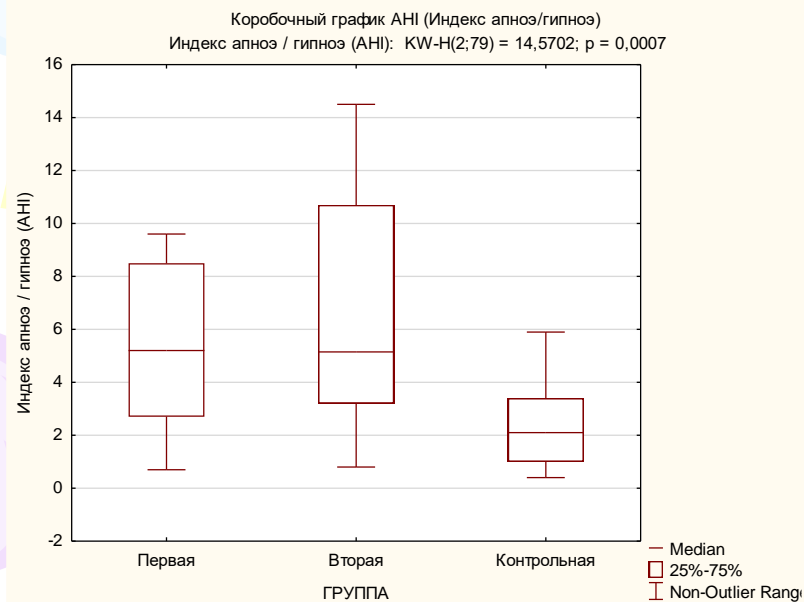
Распределение в группах по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией



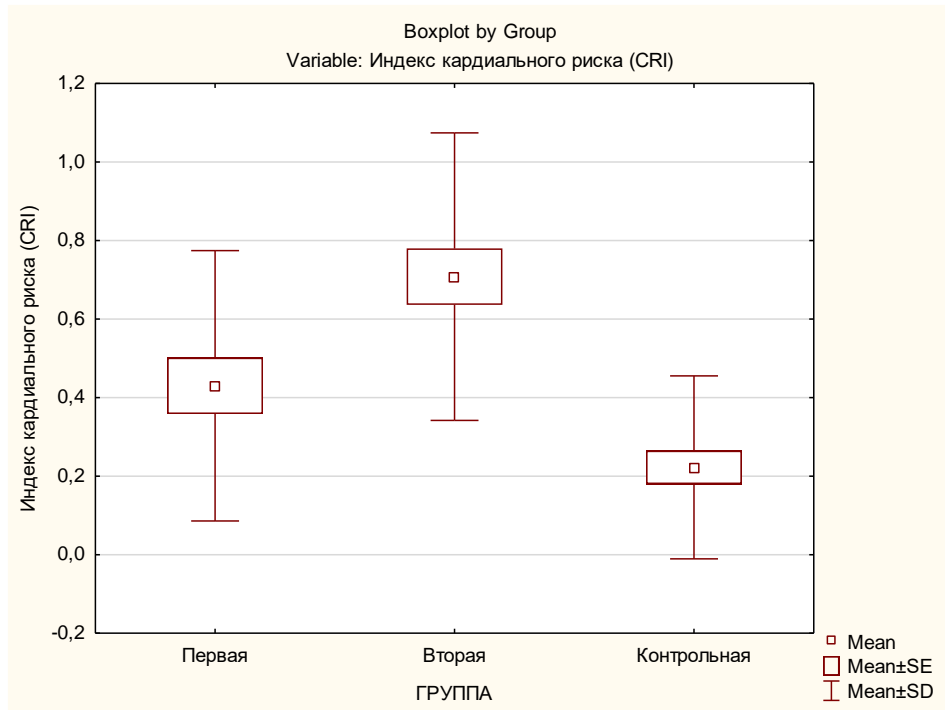
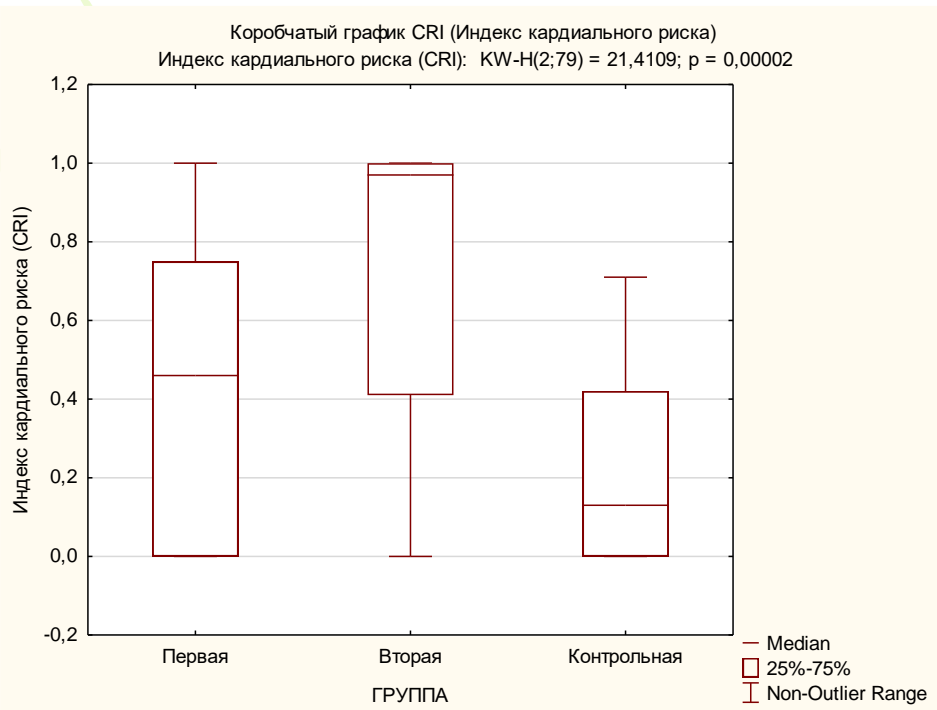
Так же статистически между собой не отличались данные показатели во всех сравниваемых группах ($p > 0,05$), несмотря на имевшиеся отличия между показателями в группах

Различия в группах сравнения по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией

- Показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных колебались от 78% до 97% и составили в среднем $93,24 \pm 0,42\%$, при этом у больных 1-ой группы – $93,9 \pm 0,4\%$ (min – 89%, max – 96%), во 2-ой группе были несколько ниже – $89,9 \pm 0,88\%$ (min – 78%, max – 95%). Статистически группы были неоднородны и показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных были достоверно ниже у больных во 2-ой группе, по сравнению с 1-ой группой ($p < 0,003$). Показатель средней сатурации периферической крови у лиц контрольной группы достоверно отличался ($p < 0,008$) от таковых, как в 1-ой, так и во 2-ой группах и составил в среднем $95,6 \pm 0,24\%$ (min – 92%, max – 97%)



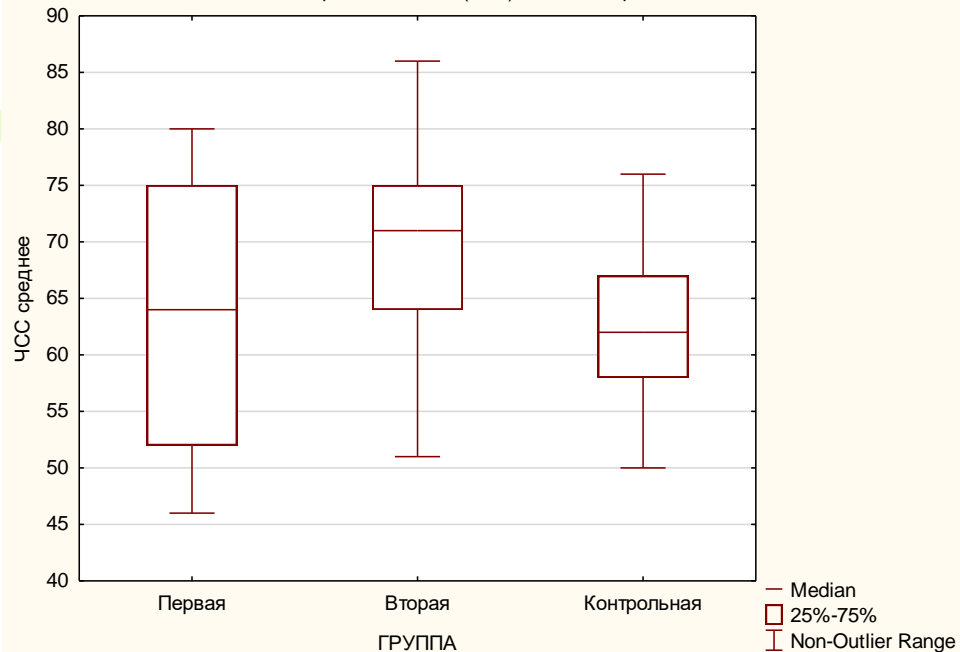
Различия в группах по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией



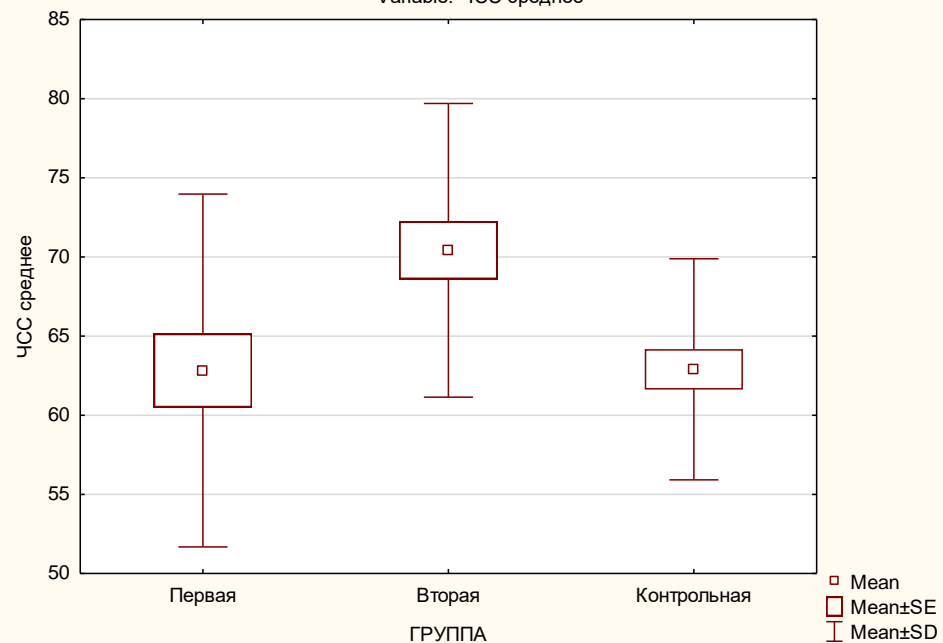
Индекс кардиального риска (CRI) у обследуемых больных колебался от 0 до 1,0 и составил в среднем $0,45 \pm 0,04$, при этом у больных 1-ой группы колебался от 0 до 1,0 и составил в среднем $0,43 \pm 0,07$, во 2-ой группе колебался от 0 до 1,0 и составил в среднем $0,71 \pm 0,07$. В контрольной группе данный показатель составил в среднем $0,22 \pm 0,04$ при колебании от 0 до 0,71 и достоверно отличался от таковых, как в 1-ой ($p < 0,039$), так и во 2-ой группах ($p < 0,00014$)

Различия в группах сравнения по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией

Коробочный График ЧСС среднее
ЧСС среднее: KW-H(2;79) = 10,1622; p = 0,0062



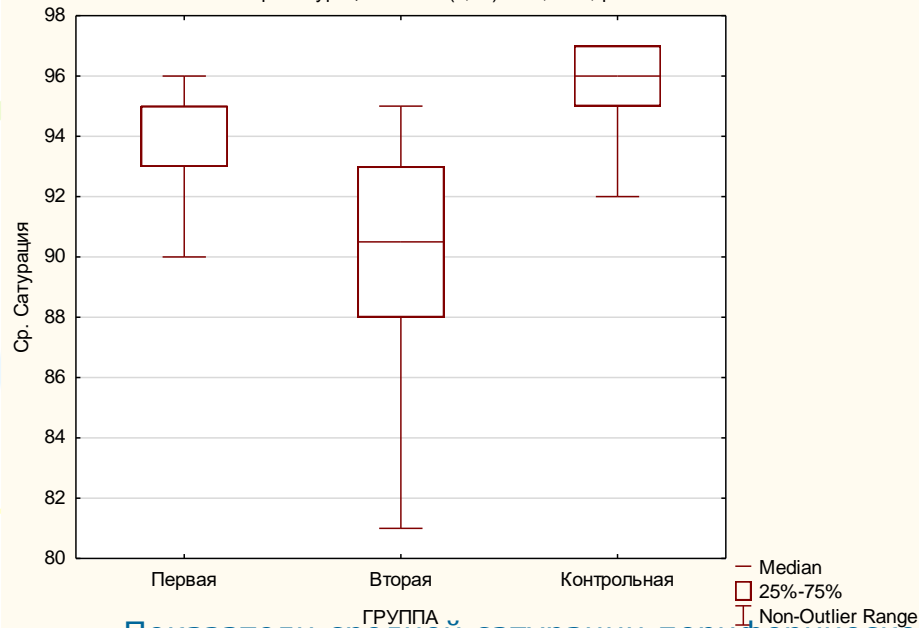
Boxplot by Group
Variable: ЧСС среднее



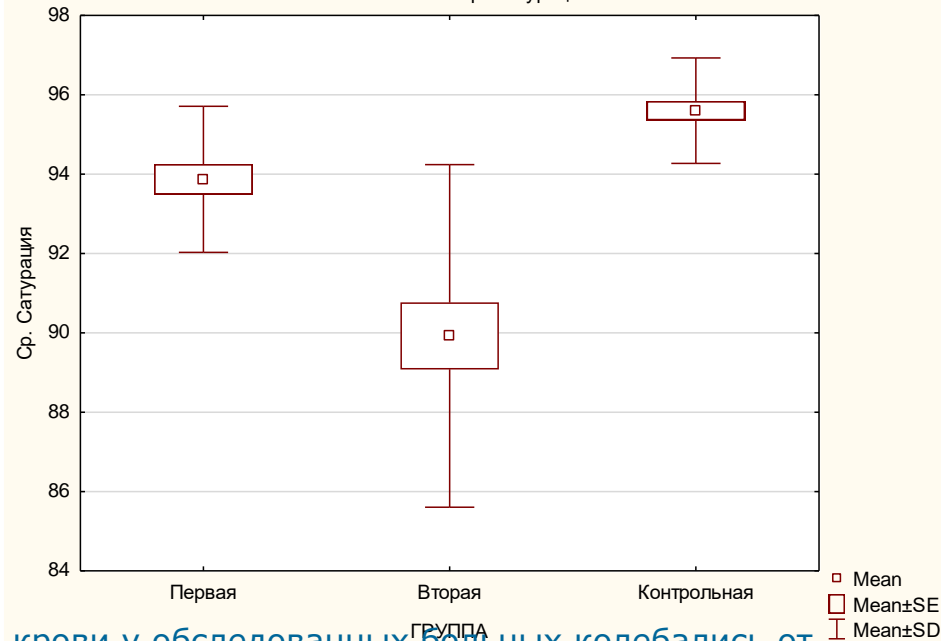
Показатели средней частоты сердечных сокращений (ЧСС_{ср}) у обследуемых больных колебались от 46 до 92 ударов в минуту, среднее значение $65,5 \pm 1,09$, при этом у больных 1-ой группы ЧСС_{ср} колебалась от 46 до 80 ударов в минуту и составила в среднем $62,8 \pm 2,32$, во 2-ой группе колебалась от 51 до 92 и составила в среднем $70,4 \pm 1,8$. Статистически показатели ЧСС_{ср} были достоверно ниже у больных в 1-ой группе, по сравнению со 2-ой группой ($p < 0,03$). В контрольной группе данный показатель составил в среднем $62,9 \pm 1,27$ при колебании от 50 до 83 и достоверно отличался от таковых во 2-ой группе ($p < 0,01$)

Различия в группах сравнения по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией

Коробочный график Ср. Сатурация
Ср. Сатурация: KW-H(2;79) = 44,1608; p = 0.0000

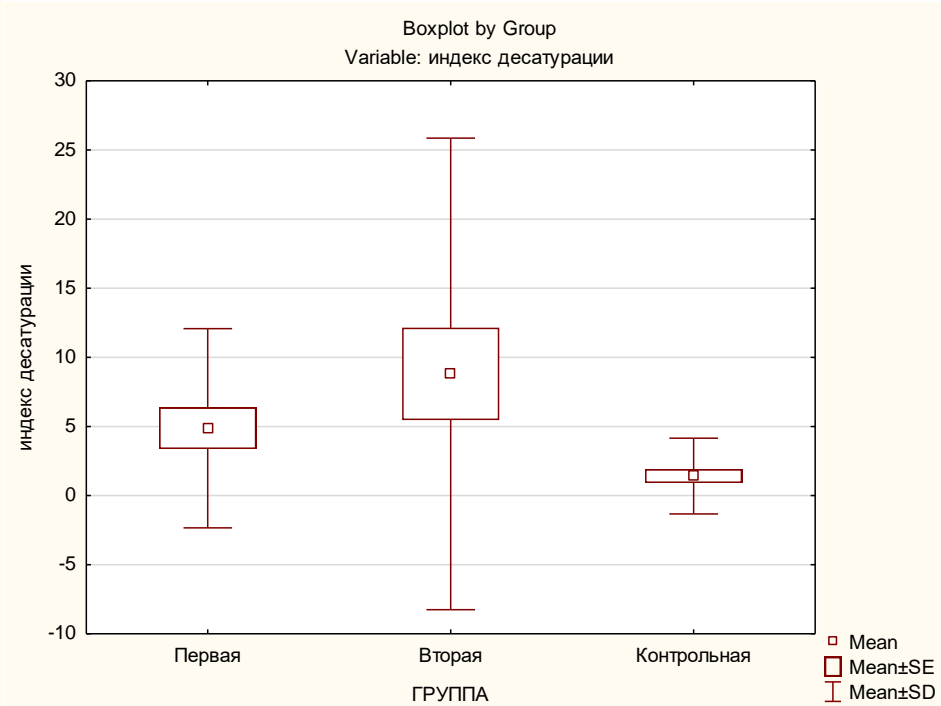
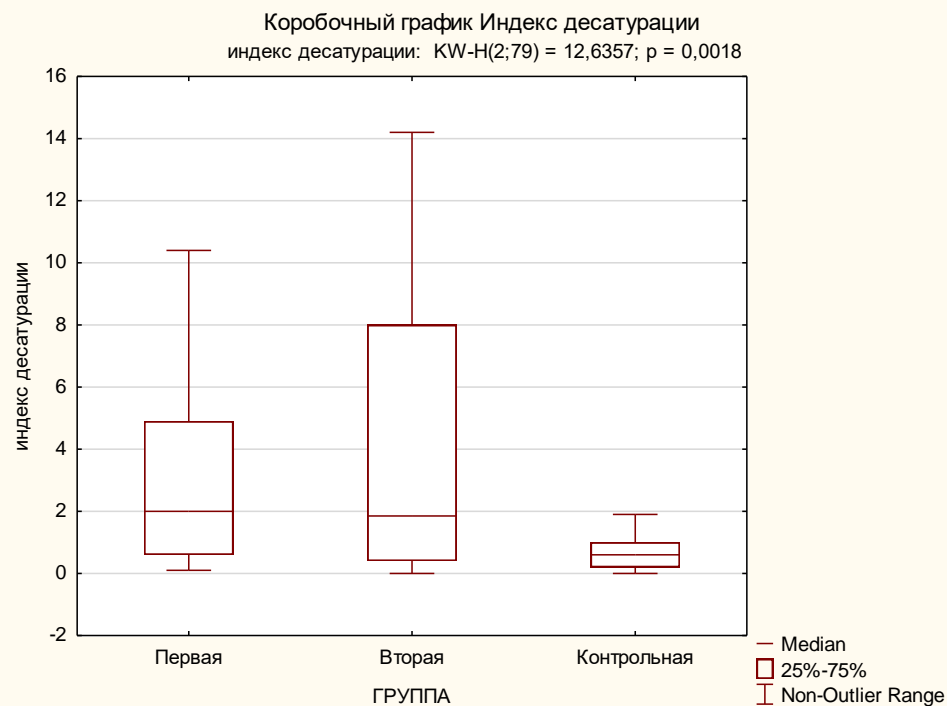


Boxplot by Group
Variable: Ср. Сатурация



Показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных колебались от 78% до 97% и составили в среднем $93,24 \pm 0,42\%$, при этом у больных 1-ой группы – $93,9 \pm 0,4\%$ (min – 89%, max – 96%), во 2-ой группе были несколько ниже – $89,9 \pm 0,88\%$ (min – 78%, max – 95%). Статистически группы были неоднородны и показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных были достоверно ниже у больных во 2-ой группе, по сравнению с 1-ой группой ($p < 0,003$). Показатель средней сатурации периферической крови у лиц контрольной группы достоверно отличался ($p < 0,008$) от таковых, как в 1-ой, так и во 2-ой группах и составил в среднем $95,6 \pm 0,24\%$ (min – 92%, max – 97%)

Различия в группах по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией



Индекс десатурации по результатам наших исследований у больных 1-ой группы был в среднем $4,87 \pm 1,5$ (min – 0,1, max – 29,0), а у больных 2-ой группы – $8,8 \pm 3,46$ (min – 0, max – 66,8). Несмотря на существенно превышающие показатели 2-ой группы над 1-ой, статистических отличий между ними выявлено не было ($p=1,0$). У лиц контрольной группы значения данного показателя составило в среднем $1,41 \pm 0,5$ (min – 0, max – 11,5), что было достоверно ниже, чем у больных как в 1-ой, так и во 2-ой группах ($p < 0,006$)

СОАС

- **Способы корректировки расстройств дыхания**

- Кислородотерапия

- Она насыщает кровь кислородом в момент сна ХОБЛ-пациентов. Однако в результате лечения кислородом их могут беспокоить головные боли утром, так как происходит задержание углекислого газа в организме. Как раз это и есть проблема у больных СОАС и ХОБЛ. Поэтому, для выбора оптимального уровня терапии кислородом обязательно нужна полисомнография.
- Если лечение кислородом подобрано правильно, то ХОБЛ-больные спят лучше

- **Методы лечения**

- Для лечения и профилактики апноэ используют в основном комплексные методы.
- На первом плане стоит воздержание от приема алкоголя и препаратов снотворного ряда, седативных лекарств и еды перед сном. И хорошо бы позаботиться о похудении.
- Популярным становится технология, при которой создается постоянный, и к тому же, положительный тургор в дыхательных путях. Применяется небольшой аппарат-компрессор. Его размер, как небольшая шкатулка. Он оборудован гибкой трубкой, на конце которой компактная носовая маска. Через трубку постоянно идет поток воздуха. Его давление раздувает дыхательные пути, что нормализует дыхательный процесс. Важно, что аппарат легко применять дома.



Выводы:

- Базисные средства лечения обострения ХОБЛ и ГБ не устраняют выраженности ТДР, его влияния на физическую активность и основные патогенетические звенья сочетанных болезней у пациентов
- Впервые было проведено сомнологическое исследование у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ и ТДР с определением индекса апноэ/гипопноэ, десатурации и кардиоваскулярного риска

A decorative vertical strip on the left side of the slide features three balloons: a light green one at the top, a light blue one in the middle, and a light purple one at the bottom. Each balloon is attached to a thin, wavy streamer and has several small, yellow, triangular shapes radiating from it, resembling confetti or light rays.

- Спасибо за внимание!