

Ю. І. Фещенко
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ
І ТЕРАПІЇ ХОЗЛ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — проблема, яка стрімко зростає у всьому світі. У 1990 році ХОЗЛ було на 12-му місці серед провідних причин інвалідності, а до 2020 року очікується його переміщення у першу п'ятірку: після ішемічної хвороби серця (ІХС), депресій, травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод і захворювань судин головного мозку. За прогнозами фахівців, до 2020 року ХОЗЛ займе третє місце у структурі причин смертності.

Нині ІХС, артеріальна гіпертензія (АГ) і ХОЗЛ є одними із найбільш розповсюджених хвороб. Тому не дивно, що ці захворювання часто поєднуються. Разом із тим, саме поєднання ХОЗЛ з ІХС та АГ породжує цілу низку проблем як у пульмонології, так і в кардіології.

Перша проблема пов'язана із виникненням додаткових труднощів при діагностиці цих захворювань. Слід відзначити, що ХОЗЛ і ІХС мають спільний фактор ризику — паління.

При тяжкому перебігу ХОЗЛ у стадії розвитку хронічного легеневого серця (ХЛС) у хворих досить часто спостерігається біль у області серця. Біль звичайно виникає або посилюється при виконанні фізичного навантаження, що обумовлено збільшенням ступеня системної гіпоксії. Досить часто цим хворим помилково встановлюють діагноз стенокардії. При цьому диференціальна діагностика зазвичай утруднена, оскільки проведення проб із дозованим фізичним навантаженням у хворих із ХОЗЛ III стадії є досить часто неможливим.

З іншого боку, у хворих із захворюваннями серця, які ускладнені недостатністю лівого шлуночка, розвиваються застійні явища в легенях, котрі часто супроводжуються запальним процесом інфекційної природи — так звані кардіогенні пневмопатії. Досить часто у цих хворих спостерігаються порушення бронхіальної прохідності, які помилково розцінюють як прояв ХОЗЛ.

Інша проблема поєднання ХОЗЛ з патологією серцево-судинної системи пов'язана з тим, що ряд препаратів, які застосовуються при ХОЗЛ, можуть погіршити перебіг ІХС та АГ і навпаки.

У першу чергу це пов'язано із застосуванням β_2 -агоністів. Необхідно відзначити, що виключно селективних препаратів, що діють на адренорецептори, не існує. Селективність зменшується або навіть зникає при підвищенні дози. У зв'язку з цим застосування сальбутамолу та фенотеролу у високих дозах впливає не тільки на β_2 -адренорецептори, але і на β_1 -рецептори серця. Це може спровокувати напад стенокардії, викликати тахікар-

дію, підвищення артеріального тиску, гіпокаліємію і, як наслідок, — порушення серцевого ритму.

З іншої сторони, застосування β_1 -адреноблокаторів, у тому числі селективних бетаксолулу і бісопрололу, з метою лікування АГ, хронічної СН, при ХОЗЛ може обумовити погіршення бронхіальної прохідності.

Необхідно також враховувати несприятливий вплив на рівень артеріального тиску, вміст глюкози і калію в крові системних глюкокортикостероїдів, які застосовують при лікуванні хворих на ХОЗЛ, частіше у період загострення.

У хворих із різними захворюваннями серцево-судинної системи, ускладненими застійною серцевою недостатністю, у хворих із АГ важливе місце в лікуванні посідають діуретики. Слід врахувати, що при тяжкій легеневої недостатності розвивається компенсаторний еритроцитоз (поліцитемія), що в свою чергу обумовлює підвищення гематокриту. Застосування діуретиків у цієї категорії хворих може викликати ще більше згущення крові і підвищення ризику мікротромбоутворення.

Важливою проблемою фармакотерапії ХОЗЛ є наявність побічних ефектів лікарських препаратів на серцево-судинну систему. Найбільш вузький терапевтичний коридор, тобто різницю між терапевтичною і токсичною дозами препарату, мають метилксантини — теофілін і його похідні. Відома аритмогенна дія теофіліну, його властивість підвищувати систолічний артеріальний тиск. Нині в міжнародних документах по лікуванню ХОЗЛ умовою застосування метилксантинів є необхідність контролю їх рівня в крові.

Гіпокаліємія і аритмії серця, АГ — досить часті побічні ефекти β_2 -агоністів при їх застосуванні у високих дозах. Описано випадки раптової смерті від передозування фенотеролу.

Лікування системними глюкокортикостероїдами також може супроводжуватись порушенням електролітного складу крові — гіпокаліємією і гіпокальціємією, що здійснює негативний вплив на скоротливу функцію міокарду і сприяє виникненню аритмій. Глюкокортикостероїдна терапія також нерідко супроводжується АГ.

Деякі антибіотики негативно впливають на серцево-судинну систему. Добре відомо про негативний вплив на процеси деполяризації та реполяризації міокарду (подовження інтервалу Q-T електрокардіограми) препаратів із групи фторхінолонів.

Нарівні із патологією серцево-судинної системи у хворих із тяжким перебігом ХОЗЛ часто мають місце кахексія, остеопороз, депресія.