

А. І. Ячник
ХОЗЛ І ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА:
СТАН ПРОБЛЕМИ І СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ

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

За даними міжнародних досліджень, ХОЗЛ зустрічається в 4–6 % дорослого населення. Відповідно до офіційної статистики у 2007 році в Україні зареєстровано більше 11 млн. людей з АГ (29,9 % дорослого населення), а за даними Національного інституту кардіології — більше 36,0 %. Як зазначають російські дослідники (1991, 2003) у великих містах 25 % хворих із АГ має симптоми захворювань органів дихання, часто це люди однієї й тієї ж вікової групи.

Сполучення АГ і ХОЗЛ накладає відомі обмеження як на вибір і комбінування антигіпертензивних засобів, так і на тактику лікування бронхообструктивного синдрому. Особливості лікування АГ на тлі ХОЗЛ обумовлені декількома факторами: деякі гіпотензивні засоби здатні підвищувати тиск дрібних і середніх бронхів, погіршуючи тим самим вентиляцію легень і збільшуючи гіпоксемію; в осіб із тривалим анамнезом ХОЗЛ формується симптомокомплекс ХЛС і фармакодинаміка деяких препаратів при цьому змінюється, що варто обов'язково враховувати в ході підбору й проведення тривалого лікування АГ; лікування ХОЗЛ у ряді випадків здатне змінювати ефективність терапії АГ. Патогенетичні механізми АГ і ХОЗЛ багато в чому подібні, тому при поєднанні патології ці захворювання взаємно впливають одне на одного, ускладнюючи перебіг кожного із них.

Сучасна медична наука передбачає дотримання принципів і стандартів надання медичної допомоги: у пульмонології, при лікуванні хворих на ХОЗЛ, керуються положеннями Наказу № 128 МОЗ України, а в основі лікування АГ лежать рекомендації Української асоціації кардіологів по профілактиці й лікуванню артеріальної гіпертензії. Відповідно до них для зниження АТ використовується 5 класів препаратів: діуретики, антагоністи Ca^{++} , інгібітори АПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину II, β -адреноблокатори (β -АБ), кожний із яких варто оцінити з погляду впливу на дихальну систему хворого й можливої наявності прямих протипоказань до їх застосування у хворих із супутніми ХОЗЛ. Основні вимоги до препаратів при лікуванні сполучення ХОЗЛ й АГ: забезпечення 24-годинного контролю АТ, зниження АТ протягом доби, у т.ч. нічні й ранкові години, нормалізація дія на стан міокарду й ендотелію, сумісність із базисними засобами лікування ХОЗЛ. При проведенні терапії сполучення ХОЗЛ й АГ варто враховувати розвиток ускладнень цих захворювань, і, у першу чергу, ХЛС, і використовувати інші, негіпотензивні, ефекти препаратів, зокрема: зниження тиску в легеневій артерії, вплив на ендотеліальну дисфункцію, бронхолітичний ефект, антиоксидантний і антиагрегантний ефекти. Діуретики у своїй більшості не впливають на тиск бронхів і не змінюють вентиляційно-перфузійного співвідношення (ВПС) у хворих ХОЗЛ, однак, тривалий прийом може привести до гіпокаліємії та гіпомagneзіємії, пригнічувати дихальний центр і збільшувати ступінь гіпоксемії, небезпечний розвитком патологічного згущення крові й погіршенням реологічних властивостей крові, рекомендованим є призначення низьких і помірних доз гідрохлортиазиду, або в умовах стаціонару — осмодіуретиків при сполученні АГ із ХОЗЛ IV ст. Інгібітори АПФ (ІАПФ) й блокатори рецепторів

ангіотензину II (АТ II): немає даних про прямий вплив терапевтичних доз на перфузію й вентиляцію легень, їх варто призначати на «загальних підставах», хоча й існує думка, що не слід рекомендувати інгібітори АПФ як препарати вибору для лікування хворих із АГ і супутнім ХОЗЛ; необхідно звертати увагу на побічний ефект від прийому ІАПФ у вигляді кашлю (8–20 %) і бронхоспазму (в 8–10 разів рідше). Застосування блокаторів рецепторів ангіотензину II не супроводжується накопиченням брадікініну, субстанції Р і посиленням обумовленої цим синдрому гіперреактивності бронхів. Однак, незважаючи на те, що блокатори рецепторів АТ II вважаються групою препаратів із найменшою кількістю побічних ефектів, доцільність призначення їх пацієнтам із ХОЗЛ у клінічних дослідженнях не уточнена.

Антагоністи Ca^{++} відносяться до антигіпертензивних препаратів, які володіють вазодилатуючими властивостями, дозволяють знижувати опір судин як великого, так і малого кола кровообігу, що, в основному, небажано у хворих на ХОЗЛ, оскільки порушують при цьому ВПС й збільшують гіпоксемію. При високій легеневій гіпертензії, зокрема при хронічній постемболічній формі, а також у хворих на ХОЗЛ при значних проявах діастолічної дисфункції лівого шлуночка внаслідок АГ і застою крові у малому колі, їх призначення може бути доцільним. Короткодійні антагоністи Ca^{++} сприяють зменшенню бронхоконстрикції, ініційованою фізичним навантаженням, антигенною стимуляцією або ацетилхоліном, тому доцільним є призначення пролонгованих форм ніфедипіну або дигідропіридини із тривалим періодом напіввиведення, а також похідні бензотіазепіну й фенілалкіламіну, які не викликають тахікардію.

Мета-аналіз 29 рандомізованих досліджень свідчить: кардіоселективні β -АБ при тривалому й короткостроковому прийомі не приводять до помітного погіршення вентиляційної функції при бронхообструктивному синдромі легкого й середнього ступеня тяжкості обструкції, однак, згідно надрукованому у 2004 р. поєднаньому документу по застосуванню їх у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, вони можуть викликати істотне підвищення опору дихальних шляхів і протипоказані пацієнтам з астмою й ХОЗЛ — при наявності зворотньої обструкції (БА) дихальних шляхів під впливом неселективних β -АБ високий ризик імовірності бронхоконстрикції й розвитку резистентності до дії β_2 -агоністів. Кардіоселективність β -АБ не є повною й при призначенні препаратів у високих дозах може втрачатися, і тому при появі перших симптомів погіршення дихання будь-які β -АБ відмінюють. Дотепер ефективність застосування при АГ у хворих ХОЗЛ β -АБ із прямими вазодилатуючими властивостями й властивостями індуктора ендотеліального синтезу оксиду азоту вивчена недостатньо. У кожному конкретному випадку необхідно враховувати співвідношення ризику й користі; призначення кардіоселективних β -АБ є можливим при одночасному використанні оптимальної дози бронходилататора; застосування β -АБ є виправданим у хворих із ХОЗЛ, АГ й ІХС при неможливості проведення ревазуляризації міокарду.