

Ю. М. Мостовий, Л. В. Распутіна
**ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ:
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Одним із найбільш частих коморбідних станів є поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та артеріальної гіпертензії (АГ), поширеність його коливається у значно широкій межі від 6,8 до 70,2 %, в середньому 34,3 %.

Нами проведено аналіз медичної документації пацієнтів, що лікувались в кардіологічному відділенні МКЛ № 1 м. Вінниці з приводу гіпертонічної хвороби. Встановлено, що поєднання ХОЗЛ та АГ в цій групі зустрічається у 22,3 % хворих, однаково часто у чоловіків та жінок, середній вік ($62,3 \pm 4,5$) років. В той же час, серед хворих, що лікувались з приводу ХОЗЛ в пульмонологічному відділенні тієї ж лікарні, фактично у кожного третього (77,0 %) виявлено АГ, практично однаково у чоловіків та жінок, середній вік ($69,8 \pm 2,4$) роки. Такі результати можна пояснити тим, що хворі знаходились з приводу загострення ХОЗЛ, що супроводжується погіршенням гемодинаміки малого кола кровообігу, погіршенням мукоцилірного стану, змінами реологічних властивостей крові, гіпоксією тканин, гіпоксемією, що створює умови для підвищення системного артеріального тиску (АТ).

Існують та активно обговорюються на шпальтах вітчизняних та російськомовних наукових видань дві протилежні точки зору на патогенез поєднання ХОЗЛ та АГ. Так, згідно однієї АГ та ХОЗЛ мають самостійні патогенетичні механізми, згідно другої — АГ виникає внаслідок ХОЗЛ на тлі гіпоксемії, гіпоксії, легеневої недостатності, тощо. Проте АГ та ХОЗЛ об'єднують спільні фактори ризику, котрі сприяють значному прогресуванню обох захворювань, а саме: куріння, надлишкова вага, низька фізична активність, гіпертензивний ефект глюкокортикоїдів, β -агоністів, легенева гіпертензія.

Поєднання АГ та ХОЗЛ має свої клінічні особливості. Нами обстежено III групи хворих. I група — пацієнти, що страждали на ХОЗЛ та не мали супутньої серцево-судинної патології, їх було 48 хворих, 28 чоловіків та 20 жінок, середній вік — ($65,9 \pm 3,4$) років, стаж захворювання — ($7,6 \pm 5,9$) років. II групу склали хворі з поєднанням ХОЗЛ та АГ, їх було 82, чоловіків — 36 та 46 жінок, середній вік — ($67,8 \pm 2,5$) роки, стаж захворювання ХОЗЛ — ($5,3 \pm 4,8$) років, АГ — ($4,8 \pm 3,7$) років. III групу склали пацієнти без ХОЗЛ в анамнезі, що хворіють на АГ, їх було 65, чоловіків — 24, жінок — 41, середній вік — ($58,3 \pm 4,2$) роки. Всім хворим проведено клінічне фізикальне обстеження, запис ЕКГ у 12 стандартних відведеннях, добове моніторування ЕКГ та АТ, ехокардіографію, спірографію.

Встановлено, що за даними ЕКГ у 12 відведеннях у хворих I групи достовірно частіше діагностовано не синусовий ритм (31,3 %), ознаки гіпертрофії правих відділів серця, в II групі достовірно більшою була ЧСС ($p > 0,01$), частіше виявляли порушення ритму, практично однаково часто виявляли ознаки гіпертрофії лівих та правих відділів серця. За даними добового моніторування ЕКГ у хворих з поєднаною патологією достовірно частіше діагностовано надшлуночкові екстрасистолі, відповідно I гр. — 72,0 %, II група — 79,3 %, III гр. — 31,4 %; шлуночкові екстрасистолі, відповідно I гр. — 65,2 %, II гр. — 74,2 %, III гр. — 56,2 % ($p > 0,01$). Тоді як епізоди надшлуночкової тахікардії достовірно частіше виявляють у хворих ХОЗЛ без поєднаної патології. В той же час спостерігається достовірно більша кількість надшлуночкових екстрасистол у хворих ХОЗЛ без супутньої патології, в той же час у хворих з поєднаним перебігом

ХОЗЛ та АГ достовірно більша добова кількість шлуночкових екстрасистол. За даними добового моніторування АТ у хворих поєднаними захворюваннями відмічаються вищі середні значення як систолічного АТ (САТ), так і діастолічного АТ (ДАТ), порівняно з пацієнтами двох інших груп. В той же час у хворих з ХОЗЛ відмічається підвищення ДАТ. Розподіл хворих в залежності від добового індексу дозволив визначити, що у хворих ХОЗЛ та АГ найчастіше діагностовано «нондіпер», при чому частіше — у пацієнтів з ХОЗЛ без супутньої АГ.

Відмічається, що у хворих з поєднаною патологією достовірно більші розміри лівого передсердя, правого передсердя, більш виражені ознаки гіпертрофії міокарда, діастолічна дисфункція лівого шлуночка, легенева гіпертензія II ступеня. Слід відмітити, що у хворих ХОЗЛ без АГ теж спостерігаються ознаки гіпертрофії як правого, так і лівого шлуночків, значно вищим був тиск в легеневій артерії.

Для лікування АГ у хворих ХОЗЛ можуть застосовуватись всі групи антигіпертензивних препаратів: діуретики, інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори, блокатори ангіотензину II. При виборі препарату слід враховувати його ефективність, безпечність, тобто відсутність негативного впливу на бронхіальну прохідність, додаткові властивості, зокрема антиоксидантні, ендотелій-залежні, вплив на NO, антиагрегантні властивості та інші.

Нами проведено спостереження за 82 хворими, що мали поєднання ХОЗЛ та АГ та отримували антигіпертензивну терапію. Всі хворі були розподілені випадковим способом на III групи, групи були однаковими за статеві-віковими показниками, стажем захворювання та супутніми захворюваннями. I група (24 хворих), що отримували комбінацію небіволулу (5 мг) та леркандіпіну (10 мг), II група (23 хворих), що отримували комбінацію раміприлу (10 мг) та леркандіпіну (10 мг), III група (25 хворих), що отримували комбінацію небіволулу (5 мг), леркандіпіну (10 мг) та раміприлу (10 мг). Період спостереження становив 8–16 місяців. Було встановлено, що при застосуванні всіх трьох схем лікування ми досягли ефективного зниження середнього АТ як систолічного, так і діастолічного, найвищим це було в групі хворих, що отримували комбінацію 3 антигіпертензивних препаратів. В той же час у всіх групах хворих не відмічали достовірно погіршення ОФВ₁, що свідчить про безпечність застосування цих схем лікування. У хворих, що отримували три антигіпертензивних препарата — відмічали збільшення ОФВ₁ порівняно з початковим, проте воно було не достовірним. Також відмічали достовірно більше зниження епізодів безбольової ішемії міокарда, частоти шлуночкових екстрасистол та надшлуночкових екстрасистол, достовірно це спостерігалось при комбінації 3 антигіпертензивних препаратів.

Таким чином, існує досить значний прошарок хворих, що мають поєднання ХОЗЛ та АГ, в середньому 34,3 %. Особливості клінічного перебігу поєднаних захворювань створюють передумови для формування атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності. При лікуванні АГ у цих хворих перевагу слід надавати комбінації антигіпертензивних препаратів, препаратами вибору повинні бути антагоністи кальцію дигідропіридинового ряду III покоління, високоселективні β -адреноблокатори.