

**Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, Л. В. Распутіна, М. В. Овчарук, А. О. Довгань
КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ —
АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ**

Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Курація хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з супутніми захворюваннями є складною проблемою сучасної медицини. В першу чергу це стосується поєднання ХОЗЛ з такими розповсюдженими хворобами, як артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), цукровий діабет (ЦД), психосоматичні стани (ПС) та інші.

Питання коморбідності в пульмонології кафедрою пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова вивчаються з 2000 року.

За нашими даними, що базуються на аналізі 15134 статистичних карт спостерігається стійка тенденція зростаючого поєднання ХОЗЛ з АГ і на сьогодні у 13 % хворих на ХОЗЛ діагностовано АГ.

У даній категорії хворих низка кардіореспіраторних показників значно гірша від аналогічних при ізольованому перебігу ХОЗЛ за АГ. Це стосується показників ОФВ₁ та ОФВ₁/ФЖЕЛ, індексу часу систолічного та діастолічного АТ показників ЧСС за добу, зростання частоти екстрасистол високих градацій, виразності ендотеліальної дисфункції. Це суттєво погіршує якість життя хворих, призводить до збільшення тривалості перебування хворих у стаціонарі, повторних госпіталізацій.

Поширеність поєднання ХОЗЛ та ЦД у госпіталізованих хворих в останні роки у середньому становить 9,1 %. Досить часто діагноз ЦД встановлюється саме у стаціонарі. Про гіподіагностику ЦД в амбулаторних умовах також свідчить той факт, що у хворих на ЦД, що залучені до диспансерної групи, діагноз ХОЗЛ встановлений в поодиноких випадках, що не відповідає реальному епідеміологічному показнику поширеності цього захворювання. У хворих на ХОЗЛ з супутнім ЦД значно частіше, ніж у осіб з ізольованим перебігом цих захворювань, виникала негоспітальна пневмонія, що потребувала госпіталізації у стаціонар, проведення повторних (альтернативних) курсів антибіотикотерапії. В цей період гостро постає питання поліпрагмації і раціонального вибору мінімально необхідних медикаментів для лікування.

Сьогодні доведено, що тривожні розлади та депресія є основними супутніми захворюваннями при ХОЗЛ, що суттєво погіршує прогноз. Результати наших досліджень свідчать, що високий рівень невротизації у хворих на ХОЗЛ діагностується у 79,3 % (проти 14,3 % серед практично здорових осіб контрольної групи), високий рівень реактивної тривожності у хворих на ХОЗЛ зустрічається у 41,8 % (проти 23,8 % серед осіб контрольної групи), депресивний синдром у хворих ХОЗЛ виявлено у 23,2 %

проти 4,7 % в групі порівняння. Низка клініко-функціональних показників у хворих на ХОЗЛ з супутніми психосоматичними розладами була значно гіршою, аніж у хворих на ХОЗЛ без супутніх психосоматичних змін.

В ситуації, коли ХОЗЛ перебігає в поєднанні з захворюваннями серцево-судинної системи, цукровим діабетом, психосоматичними розладами, іншими патологічними станами, особливого значення набувають питання безпечності лікування, оскільки взаємодія лікарських препаратів різних фармакологічних груп на тлі сумації патологічних станів може привести до непрогнозованих негативних ефектів. Адже відомо, що ряд лікарських засобів, які з успіхом використовуються для лікування АГ, ІХС (бета-блокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію) здатні викликати негативні ефекти з боку респіраторної системи, і, навпаки, ряд ліків, що застосовуються як базисні в лікуванні ХОЗЛ, можуть суттєво погіршувати роботу серця, ендокринних органів (бета-2-агоністи короткої та тривалої дії, глюкокортикостероїди).

Є підстава стверджувати, що більшість ліків, що використовуються в базисній терапії (тіотропію бромід, флутиказон/сальметрол, будесонід/формотерол та інші) володіють досить високим порогом безпечності. При цьому є сенс сфокусуватись на безпечності тіотропію броміду. Цей лікарський засіб застосовують, починаючи з ХОЗЛ II стадії, а за несприятливого перебігу захворювання він може приєднуватись до інших комбінованих ліків, системних глюкокортикостероїдів.

За результатами дослідження UPLIFT, серед 2986 пацієнтів, що отримували тіотропію бромід в порівнянні з контрольною групою (3006 осіб) у перших достовірно рідше, ніж у групі порівняння виникав інфаркт міокарду ($0,69 < 0,97$, $p < 0,05$), розвивалась застійна серцева недостатність ($0,29 < 0,48$, $p < 0,05$). Лікування тіотропієм бромідом, за даними Краснова Ю. Н. (2007), не призводить до змін, що стосуються хронотропних впливів на середньо-добову частоту серцевих скорочень. Також встановлено, що тіотропію бромід достовірно не впливав на метаболізм глюкози крові, не викликав депресивних, тривожних розладів, що притаманно деяким іншим лікам, які застосовуються в базисній терапії ХОЗЛ.

Таким чином, в ситуації, коли проблема коморбідності в пульмонології стає все гострішою, використання ліків як базисної терапії, так і тих, що застосовуються для лікування супутніх захворювань має бути виваженим з врахуванням ймовірності виникнення як позитивних, так і негативних впливів препаратів.