

О. Б. Молодoveць, М. М. Островський, Л. А. Баблюк, І. Я. Макойда, Л. Я. Манів

ПЕРСПЕКТИВА ЗАСТОСУВАННЯ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Актуальною проблемою сучасності є збільшення поширеності захворювань органів дихання, що супроводжуються бронхообструктивним синдромом (БОС), у тому числі на ґрунті туберкульозу легенів (ТБ). Найбільш частими супутніми патологічними станами при БОС у хворих на ТБ є артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), серцева недостатність, васкулопатії малого кола кровообігу, гіпотрофія та атрофія скелетних м'язів. Численними дослідженнями доведено, що найбільш несприятливий прогноз має місце при поєднанні БОС у хворих на ТБ (БОС/ТБ) з групою серцево-судинних захворювань (N. Ambwino, S. F. Man та співавт., 2017). При БОС у хворих на ТБ погіршення бронхіальної прохідності сприяє підвищенню частоти скорочень серця (ЧСС), зростанню ектопічної активності міокарда, а при поєднанні із ІХС поглиблюються вже існуючі ішемічні зміни міокарда. Визнано, що ІХС у хворих на БОС/ТБ діагностується частіше, ніж у загальній популяції (66 %), перебігає атипово, у вигляді безбольової форми (Л.Б. Лазерник, 2015; A.N. Zubritsky, 2016).

На сучасному етапі не існує одностайної думки про патогенетичний взаємозв'язок між АГ та БОС. Проте зв'язок між підвищенням артеріального тиску і посиленням гіпоксемії та початченням гіпертонічної хвороби із тривалістю БОС/ТБ свідчить на користь пульмоногенних механізмів розвитку АГ. Основними патогенетичними механізмами розвитку АГ можуть бути: артеріальна гіпоксемія, легенева гіпертензія, гіперкапнія, активація ренін-ангіотензинової системи. Саме тому вибір антигіпертензивної терапії за умов БОС/ТБ має бути виваженим і відповідати певним вимогам. Гіпотензивні середники не повинні викликати бронхообструкцію, кашльовий синдром, не повинні послаблювати дію бронхолітиків, провокувати гіпокаліємію та позитивно впливати на тиск у малому колі кровообігу.

Мета дослідження — вивчення ефективності амлодипіну при артеріальній гіпертензії у хворих на туберкульоз легенів, поєднаний із бронхообструктивним синдромом.

Матеріал та методи

Амлодипін — це антагоніст кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду III покоління, який також має здатність викликати вазодилатацію судин малого кола кровообігу, потенціює бронходилатуючий ефект β_2 -агоністів. Досліджувану групу склали 15 хворих на БОС/ТБ із м'якою та помірною АГ у віці 42 до 60 років, середній вік — $(57,9 \pm 5,4)$ років. У 6 пацієнтів діагностовано БОС II ступеня, а у 9 — БОС III ступеня.

Результати

У пацієнтів із АГ амлодипін викликав дозозалежний і постійний гіпотензивний ефект, знижуючи артеріальний тиск на 10-18 % в дозах від 2,5 мг до 10 мг/добу. За результатами аналізу, протягом 30 діб у всіх пацієнтів антигіпертензивна терапія була ефективною та було досягнуто цільового рівня АТ. Важливою перевагою терапії амлодипіном слід відзначити дуже тривалий період напіввиведення (35–48 годин), що створює ефективні умови для тривалого контролю АТ протягом доби, дає змогу уникнути істотних коливань антигіпертензивної та антиангінальної дії, а також синдрому відміни і дозволяє приймати препарат один раз на добу, що, безперечно, сприяє суттєвому зростанню прихильності пацієнта до лікування. Поряд із достовірним антигіпертензивним ефектом відмічене зменшення задишки, полегшення відходження харкотиння, підвищення толерантності до фізичних навантажень. Також вірогідно зріс показник $ОФВ_1$ у хворих із II ступенем бронхообструкції ступеня з $(80,2 \pm 4,5)$ % до $(86,7 \pm 4,3)$ % та при III ступені бронхообструкції з $(51,8 \pm 3,9)$ % до $(55,9 \pm 3,6)$ %.

Висновки

Застосування амлодипіну при артеріальній гіпертензії у хворих на туберкульоз легенів, поєднаний із бронхообструктивним синдромом є ефективним як для внормування артеріального тиску, так і отримання м'якого бронходилатуючого ефекту.