УДК 616.24-036

Т.С. ЛАСИЦЯ
Державна наукова установа
«Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ

Особливості надання первинної медичної допомоги пацієнтам з важким перебігом хронічного обструктивного захворювання легень і коморбідною артеріальною гіпертензією

Сьогодні великого значення набуває проблема зростання хронічних захворювань респіраторної системи, зокрема, симптоми хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), які спостерігаються у 22% дорослого населення Європи [3, 6]. Першочерговими завданнями у веденні пацієнтів з ХОЗЛ є своєчасна діагностика, зниження частоти загострень, уповільнення прогресування захворювання, зниження смертності та поліпшення якості життя [1, 2, 11].

Поєднання ХОЗЛ з іншими захворюваннями значно погіршує стан пацієнта, його життєздатність та перебіг хвороби, особливо в похилому віці. Таким чином, вплив на якість життя визначається двома або кількома захворюваннями, асоціюється з високим рівнем летальності і багато в чому залежить від супутніх патологічних станів [3, 6, 9,].

У сучасній літературі поняття коморбідності – ураження двох і більше органів (систем) відбувається або за типом синтопії, що означає одночасне ураження кількох органів (систем) під впливом єдиних патогенетичних факторів, або за типом інтерференції – виникнення одного захворювання внаслідок іншого. При всій різноманітності формулювань найбільш повно коморбідність можна визначити як такі патологічні порушення, що при кількох захворюваннях мають єдині етіологічні або патогенетичні механізми і трапляються частіше, ніж в загальній популяції [1]. Дослідження останніх років свідчать, що серцево-судинні захворювання у пацієнтів з ХОЗЛ трапляються в 2–3 рази частіше, ніж в загальній популяції [8], а ХОЗЛ все більше схильні розглядати як мультикомпонентне захворювання зі структурними, функціональними ураженнями легень та екстрапульмональними наслідками. Системний компонент ХОЗЛ є важливою складовою замкненого кола: постійне формування структурних змін у вигляді легеневого фіброзу, альвеолярної деструкції, гіперплазії епітелію та мукоциліарної дисфункції призводить до системного запалення, яке в свою чергу підтримує формування незворотної обструкції. Найбільш значущими системними ефектами при ХОЗЛ є втрата маси тіла, порушення з боку серцево-судинної та нервової систем, дисфункція скелетних м'язів, остеопороз [6, 9, 10].

За статистичною звітністю, серед причин смерті, що переважають у хворих на ХОЗЛ, – артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС) [10]. Поєднання цих патологічних станів призводить до синдрому «взаємного обтяження» і погіршує прогноз захворювання

© Ласиця Т.С., 2013

[15–17]. Популяційні дослідження свідчать про те, що ризик смерті від серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ХОЗЛ становить приблизно 50% загальної кількості смертельних випадків у цій групі пацієнтів. Поширеність поєднання хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії коливається у межах від 6,8 до 70,2% (в середньому 34,3%) [12].

Наприкінці 2011 р. міжнародна група експертів *GOLD* представила опрацьовані та суттєво оновлені клінічні рекомендації з діагностики й лікування ХОЗЛ [13]. Важливе місце в цьому керівництві належить комплексній оцінці стану пацієнта за наявності у нього супутніх захворювань та системних проявів ХОЗЛ. В окремому розділі зведені дані широкомасштабних досліджень і висвітлені основні принципи ведення пацієнтів з ХОЗЛ та з супутніми захворюваннями. В клінічній практиці особливі труднощі у веденні пацієнтів виникають при загостренні ХОЗЛ на тлі гіпертонічного кризу. Поєднання ХОЗЛ та ІХС значно частіше, ніж інші захворювання, призводить до різноманітних порушень серцевого ритму. Різний ступінь ураження міокарда та його дисфункції – одна з провідних причин раптової смерті у хворих з ХОЗЛ у період загострення. Проблема надання медичної допомоги таким пацієнтам на догоспітальному етапі набуває все більшої актуальності в умовах старіння населення та зміщення акцентів у бік амбулаторного лікування.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що ефективна первинна допомога є одним з найвагоміших механізмів результативної роботи у сфері охорони здоров'я. Заклади первинної медичної допомоги забезпечують до 90% загального її обсягу, тому розробка локальних протоколів на базі доказової медицини щодо перебігу та надання медичної допомоги пацієнтам з ХОЗЛ є доволі актуальною [1–3, 5].

Мета нашого дослідження – проаналізувати структуру коморбідних станів пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ, що перебувають на диспансерному обліку та потребують невідкладної допомоги на догоспітальному етапі й обґрунтувати рекомендації щодо медикаментозного їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. В основі аналізу – загальна щорічна статистична звітність по установі, електронна база даних пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ, які користувалися послугами швидкої медичної допомоги (ШМД) під час погіршення стану здоров'я, проаналізовані показники діяльності підстанції ШМД, карти викликів підстанції ШМД та медичні карти амбулаторних хворих (МКАХ).

Результати досліджень та їх обговорення. На диспансерному обліку в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з діагнозом «хронічне обструктивне захворювання легень» перебуває 650 пацієнтів, більшість з них мають кілька захворювань, зокрема 54% – поєднану патологію дихальної та серцево-судинної систем.

Для виділення цільової групи пацієнтів, які потребували невідкладної допомоги, зумовленої загостренням ХОЗЛ, були проаналізовані журнали викликів ШМД за 2010 рік. Цільова група становила 85 пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ (54 чоловіки (63,50%) та 31 жінка (36,50%)). За картами викликів ШМД 77,70% цієї групи становили пацієнти похилого та старечого віку – від 61 до 90 років. Середній вік чоловіків – 73±4,10, жінок 77±3,51. Після надання невідкладної допомоги 14 пацієнтів (16,47%) госпіталізували для подальшого лікування.

Основна клінічна симптоматика з боку дихальної та серцево-судинної систем у пацієнтів з загостренням ХОЗЛ, яким була надана невідкладна допомога, представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Клінічна характеристика пацієнтів з загостренням ХОЗЛ, яким була надана невідкладна допомога

Симптоми під час надання невідкладної допомоги	Кількість хворих (n=85)	Питома вага, % (із 85 хворих, що викликали ШМД)
Значне посилення задишки в спокої та при мінімальному навантаженні	85	100,00
Сухий кашель	27	31,76
Збільшення кількості мокроти	58	68,23
Зміна характеру мокроти	54	63,52
Підвищення температури	29	34,11
Артеріальний тиск понад 140/90	37	43,52
Болі в ділянці серця	46	54,11
Порушення серцевого ритму	19	22,57

Окрім симптомів, наведених вище, більшість пацієнтів страждали на погіршення стану здоров'я, зумовлене іншими захворюваннями. Питома вага хронічних патологічних станів, які ускладнювали перебіг ХОЗЛ, зведена в табл. 2.

Таблиця 2

Питома вага коморбідних станів у пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ

Назви супутніх хвороб у пацієнтів з ХОЗЛ з важким перебігом	Кількість хворих n=85	Питома вага, % (із 85 хворих, що викликали ШМД)
Туберкульоз	2	2,40
Бронхіальна астма	8	9,40
Ішемічна хвороба серця	53	62,40
у т. ч. з ГХ	43	50,6
Інші хвороби серця	8	9,4
Венозні хвороби	20	23,5
Онкологічна патологія	14	16,5
Психічні захворювання	7	8,2
Гастроентерологічна хронічна патологія	37	43,5

Як бачимо, у 62,4% хворих, які звернулись за допомогою до станції ШМД з приводу ХОЗЛ, діагностована ІХС, зокрема у 50,6% у поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Результати, отримані нами щодо структури коморбідних станів, збігаються з літературними. За нашими даними, найчастіше в структурі коморбідних станів трапляється поєднання хронічного обструктивного захворювання легень, ІХС та артеріальної гіпертензії (див. табл. 2).

Важливе значення щодо стратифікації ризику ХОЗЛ та серцево-судинних захворювань має віковий фактор [4]. За літературними даними, пік захворюваності обох патологічних станів припадає на 55–60 років.

За нашими даними, основна група пацієнтів (77,70%), що потребували швидкої і невідкладної допомоги, перебували у віці від 61 до 90 років. Статистичні дані свідчать про те, що чимало пацієнтів мають кілька хронічних захворювань: майже половина всіх людей віком понад 65 років мають три хронічні захворювання, а одна п'ята частина – п'ять і більше [14, 18]. Через те, що пацієнти в нашому спостереженні були старшого віку і здебільшого мали важкий перебіг ХОЗЛ на тлі

коморбідних станів, невідкладну допомогу на догоспітальному етапі можна було забезпечити лише комплексним підходом.

Оновлені в 2011 р. клінічні рекомендації *GOLD* з діагностики та лікування в розділі ведення пацієнтів з коморбідними станами рекомендують дотримуватись клінічних настанов щодо основного захворювання з урахуванням особливостей другого і третього діагнозів [13] впродовж тривалого часу.

На жаль, сьогодні не існує великих тривалих досліджень щодо вивчення поєднаного перебігу ХОЗЛ та серцево-судинних захворювань. Важливим, на нашу думку, є дослідження прогресування грубих органічних змін бронхіальних шляхів та паренхіми легень на тлі стабільних вентиляційно-дифузійних порушень, гіпоксії та артеріальної гіпертензії.

Поєднання ХОЗЛ та АГ, в нашому випадку продемонстроване у 50% пацієнтів, призводить до прискореного розвитку обох захворювань. За літературними даними, патологічні зміни формуються за рахунок порушень метаболізму арахідонової кислоти, гіперпродукції тромбоксану А2, простагландину F2α, сульфідолейкотрієнів у відповідь на гіпоксію на тлі тривалого застосування симпатоміметиків і глюкокортикостероїдів [3, 13].

Зважаючи на вплив серцево-судинної патології на загальну структуру захворюваності та смертності населення, в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС запроваджена комплексна науково-практична програма з розробки локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД), які базуються на клінічних рекомендаціях та відповідають вимогам доказової медицини. Першим розроблено ЛПМД хворим на артеріальну гіпертензію. ЛПМД хворим на АГ укладено відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008) [8], та наказу МОЗ України №795/75 від 03.11.2009 «Про затвердження уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини» (частина друга) [7]. Протокол охоплює весь комплекс необхідних елементів медичної допомоги. Відповідно до цього, групу пацієнтів з поєднанням хронічних захворювань серцево-судинної та легеневої систем лікують за вимогами локального протоколу ведення хворих на АГ з урахуванням порушень бронхолегеневої системи.

Одним з центральних питань лікування такої поєднаної патології є зважений підхід до призначення медикаментозних препаратів різних груп і розробка алгоритмів комплексного лікування з урахуванням інгаляційної та оксигенотерапії, дихальної гімнастики, рухових режимів і дієти. Відпрацювання рекомендацій щодо медикаментозного ведення таких пацієнтів значно полегшить роботу лікарів-терапевтів первинної ланки та лікарів ШМД і дасть змогу запобігти можливим побічним ефектам у разі коморбідного перебігу захворювань.

Першими в рамках ЛПМД було розроблено рекомендації щодо медикаментозної терапії пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ на тлі серцево-судинних захворювань.

Рекомендації щодо медикаментозного лікування пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ та АГ базуються на оновленому в 2011 р. керівництві з діагностики і лікування – *GOLD* в розділі ведення пацієнтів з коморбідними станами та Рекомендаціях Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008) [8, 13] і враховують особливості ведення пацієнтів з комбінованим ураженням серцево-судинної та респіраторної систем.

ХОЗЛ характерна для другої половини життя, призводить до стійкої незворотної обструкції, перебіг захворювання здебільшого залежний

від паління, а пусковим механізмом важкого загострення є пневмонія чи вогнища рецидивуючої хронічної інфекції.

Загострення мають важкий, затяжний характер, реєструються стійкі порушення функції зовнішнього дихання обструктивно-рестриктивного характеру, що потребує виваженої комплексної терапії.

Для постійного користування в умовах надання первинної медичної допомоги пацієнтам з важким перебігом хронічного обструктивного захворювання легень та коморбідною артеріальною гіпертензією застосовується широкий спектр різнонаправлених препаратів.

Зважаючи на це, ми розробили два додатки до локального протоколу: «Препарати для лікування ХОЗЛ з урахуванням впливу на серцево-судинну систему» (додаток 1) та «Препарати для лікування артеріальної гіпертензії з урахуванням впливу на респіраторну систему» (додаток 2). Короткий варіант розробки щодо дії на кардіореспіраторну систему подано в табл. 3 і 4.

Таблиця 3

Препарати для лікування ХОЗЛ з урахуванням впливу на серцево-судинну систему

Препарат	Можливі побічні дії
Атропін	Вплив майже на всі органи та системи: зорові розлади, сухість слизових оболонок, атонія сечового міхура та кишківника, тахікардія, неспецифічні ефекти центральної нервової системи та психоміметична активність.
Іпратропіуму бромід (атровент)	Можна застосовувати для пацієнтів з серцевими та циркуляторними порушеннями. Обережно слід застосовувати для пацієнтів з глаукомою, гіпертрофією простати, хоча ризик розвитку ускладнень від терапевтичної дози мінімальний. Абсолютним протипоказом є гіперчутливість до атропіноподібних речовин.
Тіотропію бромід (спиріва)	Тривале застосування тіотропію виявляється у достовірному зменшенні ризику розвитку побічних явищ з боку серцево-судинної та дихальної системи за рахунок кардіопротекторного впливу.
Сальбутамол (вентолін), **фенотерол** (беротек)	Тахікардія, серцебиття, тремор рук (10–20%), нервове збудження, головний біль та запаморочення, частіше при внутрішньовенному введенні та перевищенні дозування. Фенотерол та сальбутамол у високих дозах втрачають свою селективність та призводять до негативного впливу на серцево-судинну систему у вигляді різкого посилення тахікардії. При цьому тахікардія, яка спочатку мала компенсаторну направленість, при передозуванні набуває гемодинамічно невигідного, патологічного характеру. Передозування β2-агоністів у поєднанні з підвищеним викидом катехоламінів значно підвищує кисневу потребу міокарду, що поглиблює гіпоксію.
Салметерол (серевент) –	Побічні ефекти серевенту практично відсутні. Призначення з кетоконазолом для системного застосування може призвести до посиленого серцебиття та подовження інтервалу Q–T. Слід уникати одночасного призначення з кетоконазолом та іншими інгібіторами CYP3A, за винятком випадків, коли користь більша, ніж потенційний ризик. У пацієнтів з високою чутливістю реєструються аритмії (фібриляція передсердь, надшлуночкова тахікардія та екстрасистолія). Є деякі повідомлення про розвиток гіперглікемії.
Формотерол	Побічні дії подібні до дії салметеролу.
Фенотерол + іпратропіуму бромід (беродуал, дуовент)	Побічні дії беродуалу значно менші, що дає змогу застосовувати його при плановій терапії, коли добовий ліміт фенотеролу повністю вичерпано.

Препарат	Можливі побічні дії
Теофілін (еуфілін)	Токсичний ефект теофіліну проявляється у вигляді швидкого зниження артеріального тиску, підвищення загального збудження, безсоння, тахікардії, подразнення ЖКТ, шкірного висипання. З урахуванням малої різниці між оптимальною терапевтичною та мінімальною токсичною дозами слід проводити моніторинг концентрації теофіліну в крові при внутрішньовенному введенні. Важливі ефекти: при хронічній та гострій серцевій недостатності, набряку легень відбувається зниження кліренсу в два і більше разів; при гепатитах і цирозах печінки, асциті відбувається збільшення періоду напіввиведення до шести разів; при гіпопротеінемії збільшення концентрації та прояви інтоксикації при С >30 мкг/мл; при гіпертиреозі збільшення швидкості елімінації в чотири рази; при гіпотиреозі зменшення швидкості елімінації в 1,5 разу.
Пролонговані форми теофіліну (теопек)	У більшості випадків пролонговані форми не супроводжуються побічними діями.
Рофлуміласт	Під час проведення клінічних досліджень у пацієнтів з ХОЗЛ приблизно у 16% з них виникали небажані реакції після приймання рофлуміласту (плацебогрупа – у 5% пацієнтів).Найчастіше: діарея (5,9%), зниження маси тіла (3,4%), нудота (2,9%), біль у животі (1,9%), головний біль (1,7%). Взаємодія з препаратами: не спостерігається взаємодія з сальбутамолом, формотеролом, будесонідом, монтелукастом, дігоксином та варфарином. Посилення дії: клінічні дослідження взаємодії з інгібіторами цитохрому CYP3A4, еритроміцином та кетоконазолом показали збільшення загальної пригнічувальної активності PDE4 на 9% (загальна експозиція рофлуміласту і *N*-оксиду рофлуміласту). При взаємодії з пероральними контрацептивами (гестоден та етинілестрадіол) загальна пригнічувальна активність PDE4 >17%. Зниження дії: прийом індуктора P450 рифампіцину призводить до зниження активності PDE4 на 60%. Одночасне застосування з теофіліном – зниження активності PDE4 на 8%.
Преднізолон, дексазон	Тривала терапія кортикостероїдами у пацієнтів з ХОЗЛ призводить до розвитку гіпокаліємії та пресорного впливу на судини, особливо венозної ланки, тому в лікуванні артеріальної гіпертензії варто обмежити застосування препаратів, що виводять калій (сечогінні засоби).
Флутиказона пропіонат (фліксотид)	Завдяки дуже низькому рівню системної дії побічні ефекти фліксотиду практично відсутні.
Будесонід	Метаболізм будесоніду є головним чином опосередкованим CYP3A4, підсімейством цитохрому P_{450}. Інгібітори цього ферменту, наприклад, кетоконазол, можуть підвищувати системний вплив будесоніду. Для короткотривалого (1–2 тижні) лікування клінічна значущість обмежена, але слід враховувати це під час тривалого лікування кетоконазолом. Підтримувальна та полегшувальна терапія не рекомендована пацієнтам, що застосовують потенційні інгібітори CYP3A4.
Серетид	Поодинокі реакції пов'язані з механізмами дії серевенту та фліксотиду. Додаткові побічні ефекти при одночасному застосуванні двох компонентів препарату не зареєстровані. Слід з обережністю застосовувати пацієнтам, які страждають на тяжкі серцево-судинні порушення (включаючи порушення серцевого ритму), цукровий діабет, неліковану гіпокаліємію або тиреотоксикоз.
Сімбікорт	Поодинокі реакції, пов'язані з механізмами дії формотеролу та будесоніду. Додаткові побічні ефекти при одночасному застосуванні двох компонентів препарату не зареєстровані.

Таблиця 4

Препарати для лікування артеріальної гіпертензії з урахуванням впливу на респіраторну систему

ІАПФ (каптоприл, еналаприл, пиріндоприл)	Кашель виникає у 3–5% пацієнтів інтактних по ХОЗЛ, він зумовлений підвищеним рівнем брадікініну під впливом ІАПФ. Препарати показані пацієнтам з артеріальною гіпертензією та ХОЗЛ при відсутності побічної дії.
БРА (сартани)	У БРА відсутня дія на рівень брадикініну, що значно знижує частоту виникнення небажаних явищ, властивих ІАПФ, таких, як сухий кашель і ангіоневротичний набряк.
β-адреноблокатори неселективні (пропранолол, надолол, карведілол) Селективні (метопролол, бісопролол, небівалол)	Щодо бета-адреноблокаторів позиція вчених неоднозначна, і хоча вважають, що переваги від застосування селективних бета-адреноблокаторів у пацієнтів з ХОЗЛ значно перевищують потенційний ризик, пов'язаний з лікуванням, питання залишається відкритим, особливо в періоди загострень ХОЗЛ. Ступінь бронхоконстрикції залежить від ступеня селективності препарата. Ступінь селективності у різних препаратів різний, але завжди суттєво зменшується при збільшенні дози препарату. Найвищий ступінь селективності з доступних на сьогодні блокаторів мають бісопролол та небіволол. Селективні β-адреноблокатори з меншим ступенем вірогідності спричинюють бронхоспазм, оскільки β_2-адренорецептори на 80% розташовані в легенях. За необхідності застосовуються препарати, ступінь селективності яких вище 100 (наприклад, небівалол та бісопролол).
Сечогінні (фуросемід, торасемід спіронолактон, індопамід)	Застосування препаратів дещо звужене через збільшення в'язкості мокроти. Показані при декомпенсованому легеневому серці, легенево-серцевій астмі. Тривала терапія кортикостероїдами у пацієнтів з ХОЗЛ призводить до розвитку гіпокаліємії та пресорного впливу на судини, особливо венозної ланки, тому в лікуванні артеріальної гіпертензії варто обмежити застосування сечогінних засобів (при необхідності застосовувати калійзберігаючі препарати).
Статини (симвастатин, аторвостатин, розувастатин)	Дія статинів виходить далеко за межі зниження рівня холестерину. Особливу увагу на протизапальну, антиоксидантну та імуномодулюючу дію статинів слід звернути у пацієнтів з ХОЗЛ. Статини здатні зменшувати рівень СРБ, незалежно від впливу на рівень холестерину низької щільності. Їх плейотропний ефект пояснюється гальмуванням гідроксиметилглутарилкоензимредуктази.

Особливого значення набуває своєчасне та коректне призначення препаратів для постійного лікування. Пацієнтам з комбінованим ураженням серцево-судинної та респіраторної систем середніх і старших вікових груп рекомендовано розпочинати базову терапію з препаратів тіотропію або комплексних препаратів – ІГКС та бронхолітиків тривалої дії тощо. Тривале застосування базової терапії виявляється у достовірному зменшенні ризику розвитку побічних явищ з боку серцево-судинної та дихальної систем за рахунок кардіопротекторного впливу. Пацієнти з важким перебігом ХОЗЛ на тлі артеріальної гіпертензії, безперечно, потребують комплексного прийому лікарських засобів з урахуванням рекомендацій доказової медицини та індивідуального підходу. В рамках додатку до локального протоколу ми намагалися представити основні механізми дії препаратів для лікування пацієнтів з коморбідними станами, їх взаємодію та побічні ефекти.

Висновки. Найбільш частими коморбідними захворюваннями у разі важкого перебігу ХОЗЛ є ішемічна хвороба серця – 62,4% хворих та артеріальна гіпертензія – 50,6% пацієнтів. Лікування пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ, особливо з важким перебігом захворювання, та серцево-судинних захворювань потребує уваги та розробки рекоменда-

цій з урахуванням сучасних вимог доказової медицини. В ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС розроблені рекомендації щодо ведення пацієнтів з важким перебігом ХОЗЛ та коморбідною АГ. Регламентовано призначення медикаментозного лікування, відповідно до розроблених в установі локальних клінічних протоколів діагностики та лікування. Обґрунтовано тактику призначення окремих груп препаратів з урахуванням супутньої патології та індивідуальних особливостей пацієнтів. Подальшого пролонгованого спостереження і вивчення потребує диспансерна група пацієнтів з ХОЗЛ та ішемічною хворобою серця, фібріляцією передсердь, метаболічним синдромом і діабетом.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Белялов Ф.И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Белялов. – Иркутск, 2011. – 305 с. 2. *Гаврисюк В.К.* Нарушения сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой / В.К. Гаврисюк // Укр. пульмон. журн. – 2000. – № 2, дополнение. – С. 31–32. 3. *Дворецкий Л.И.* Клинические рекомендации по ведению больных ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертонией и другой патологией / Л.И. Дворецкий // Лечащий врач. – 2005. № 13 (10). – С. 672–675. 4. *Лазебник Л.Б.* Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Consilium Medicum. – 2005. – № 7 (12). – С. 993–996. 5. *Медичні* стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / Заг. ред. Г. Росс, О.М. Новічкова, А.В. Степаненко, Д.В. Варивончик // NICARE. – К., 2006. – 238 с. 6. *Ольбинская Л.И.* Фармакотерапия больных артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких: возможности ингибитора АПФ лизиноприла / Л.И. Ольбинская, Т.Е. Морозова, А.А. Белов, А.О. Юсупова // Лечащий врач. – 2008. – № 1. – С. 84–86. 7. *Про затвердження* Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга) [Електронний ресурс]: наказ МОЗ України №795/75 від 03.11.2009. – Режим доступу: http:// moz.gov.ua/ /ua/portal/dn_20091103_798_.html. 8. *Рекомендації* Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – К.: ПП ВМБ, 2008. – 80 с. 9. *Сенкевич Н.Ю.* Четыре вопроса о качестве жизни / Н.Ю. Сенкевич, Ф.М. Ханова, К.В. Сафрыгин // Атмосфера. Пульмонол. и аллергол. – 2002. – № 4. – С. 26–28. 10. *Чучалин А.Г.* Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2008. – № 2. – С. 5–14. 11. *Чучалин А.Г.* Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОБЛ» / А.Г. Чучалин, А.С. Белевский, Б.А. Черняк // Пульмонология. – 2005. – № 1. – С. 93–102. 12. *Фещенко Ю.І.* ХОЗЛ в Україні: проблеми та шляхи вирішення / Ю.І. Фещенко // Здоров'я України. – 2011. – № 1. 13. *GOLD* – міжнародна ініціатива з хронічних обструктивних запалень легень (Global Initiative for Chronic Obstructive Diseases). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.goldcopd.org 14. *Jones P.* St George's respiratory questionnaire: development, interpretation and use / P. Jones // Eur. Respir. Rev. – 2002. – № 12. – С. 63–64. 15. *Barry M.* Chronic obstructive pulmonary disease: developing comprehensive management / M. Barry // Respir Care. – № 48. – P. 1225–1234. 16. *Kaplan R.* Quality of life as an outcome measure in pulmonary diseases / R. Kaplan, A. Ries // J. Cardiopulm Rehabil. – № 25. – P. 321–331. 17. *Ostbye T.* Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? / T. Ostbye // Ann Fam Med. – 2005. – № 3. – P. 209 – 214. 18. *Windsor B.* Health promotion and maintenance for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review / B. Windsor, L. Green, M. Rozeman // J. Chronic. Dis. – 1980. – № 33. – P. 5–12.

Стаття надійшла до редколегії 17.09.12

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.С. ЛАСИЦА

Государственное научное учреждение
«Научно-практический центр профилактической и клинической медицины»
Государственного управления делами, г. Киев

Проанализирована структура коморбидных состояний пациентов с тяжелым течением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), находящихся под дис-

пансерным наблюдением и требующих неотложной помощи на догоспитальном этапе. Рекомендации по медикаментозному лечению пациентов с тяжелым течением ХОЗЛ и АГ разработаны в рамках локального протокола и соответствуют руководству *GOLD* (*Global Initiative for Chronic Obstructive Diseases* 2011 г.), разделу коморбидных состояний и Рекомендациям Украинской ассоциации кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии (2008).

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, коморбидные состояния, локальный клинический протокол.

FEATURES OF PROVIDING THE PRIMARY MEDICARE TO PATIENTS WITH SEVERE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CO-MORBID ARTERIAL HYPERTENSION

T. LASYTSYA
State Institution of Science
"Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine"
State Administrative Department, Kyiv

The objective of the study was to analyze the most significant co-morbid disorders of cardiovascular diseases and severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in ambulatory patients. Methodological approaches to the elaboration and implementation of local clinical pathway on arterial hypertension in the State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department has been exposed. Adequate pharmaceutical support and regular follow up in co-morbid patients have been offered. Recommendations for pharmaceutical support and regular follow up are based on the diagnostics and treatment guidance – GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Diseases), renewed in 2011 and Recommendations of the Ukrainian association of cardiologists for prophylaxis and treatment of arterial hypertension (2008) which take into account the features of patients with the combined defeat of the cardiovascular and respiratory systems.

COPD belongs to the second half of life, results in a proof irreversible obstruction, takes place on the background smoking, and the starting mechanism of heavy sharpening is pneumonia or hearths of constantly chronic infection. Sharpening has heavy protracted character, which needs a self-weighted complex therapy. For the permanent use in primary medicare for patients with heavy chronic obstructive disease and arterial hypertension a wide spectrum of preparations is used. Because of it, special value is acquired by the timely and correct setting of preparations for permanent treatment.

2 appendixes are developed to local protocol "Preparations for treatment of COPD taking into account influence on the cardiovascular system" (Addition 1) and "Preparations for treatment of arterial hypertension taking into account influence on the respirator system" (Addition 2) Application of such additions in clinical practice of doctors of primary link will help to prevent side effects, especially in "difficult" patients with the combined defeat of the cardiovascular and respirator systems.

In the State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department recommendations were developed in relation to the conduct of patients with heavy motion of COPD and arterial hypertension. Setting of medicinal treatment is regulated in accordance with developed in establishment of local clinical protocols of diagnostics and treatment. Tactics of setting separate groups of preparations is grounded, taking into account concomitant pathology and individual features of patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, comorbid, clinical pathway.