



ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
“ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО”



СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЦИОНАЛЬНУЮ ФАРМАКОТЕРАПИЮ ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Доклад подготовили: асс. к.мед.н. Твердохлеб Т. А.,
д.мед.н., профессор Налетова О.С., асс. Коровка И.А.,
доц. к.мед.н. Галаева Я.Ю.

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
им. проф. И.В. Комиссарова, ФГБОУ ВО ДонГМУ
Минздрава России, г. Донецк

ЦЕЛЬ:



описать клинический случай рациональной фармакотерапии пациента при сочетании артериальной гипертонии и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с постковидным синдромом



Пациент М., 67 лет поступил в терапевтическое отделение ДОКТМО с жалобами:

- на одышку при умеренной физической нагрузке,**
- чувство нехватки воздуха, головокружение, кашель со скудной гнойной мокротой,**
- повышение температуры до 37,3-37,5°C в течение 3-х дней,**
- головные боли, повышение АД (мах.180/110, рабочее – 140/90 мм рт.ст.)**
- потеря обоняния, искажение запаха, вкуса после принесённой короновирусной инфекции**

Анамнез жизни и заболевания:

- Считает себя больным в течении 15-16 лет, когда появился кашель со слизистой мокротой, периодически чувство нехватки воздуха.
- Диагноз ХОБЛ была верифицирована с 2017 года, в лечении использовал - **беродуал, симбикорт**. В домашних условиях дышит через небулайзер **вентолин+пульмикорт**.
- Работал механиком по ремонту холодильных установок, находился в контакте с холодным воздухом.
- Курит (20 сигарет в день).
- Гипертоническая болезнь с 2010 года.
- **Диффузный эутиреоидный зоб 1 ст.** с 2010 года.
- **Язвенная болезнь желудка, неактивная фаза**, (ушивание прободной язвы желудка в 1970 г.).
- В октябре 2021г. - **оперирован по поводу стриктуры простатического отдела уретры**.
- В ноябре 2022 г.- Внегоспитальная двухсторонняя полисегментарная пневмония ассоциированная с COVID-19.

Данные объективного осмотра:

- **Общее состояние:** средней степени тяжести, сознание ясное.
- **Кожные покровы и видимые слизистые:** Кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета, легкий акроцианоз. Периферические лимфатические узлы: не увеличены.
- **Органы дыхания:** ЧД 26 , Перкуторно над легкими легочный звук, с коробочным оттенком звука, аускультативно - везикулярное дыхание, диффузно ослабленное, рассеянные сухие хрипы с 2-х сторон. SpO₂ = 91-93%.
- **Сердечно-сосудистая система:** ГОСТ – правая, верхняя – во II м/ж промежутке, левая на 1,5 см кнаружи от ЛСКЛ. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. ЧСС - 88 в мин. АД -180/100 мм рт. ст. (D=S).
- **Система пищеварения:** Живот правильной формы, симметричен, мягкий при пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Глубокая пальпация отделов кишечника безболезненна. Печень увеличена + 2 см. Селезёнка не пальпируется.
- **Мочевыделительная система:** Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание безболезненно.

№	Исследование	Результат
1	ЭКГ	Синусовый ритм, ЧСС 85 уд в/мин. Отклонение ЭОС влево. ST сглажен во всех отведениях.
2	Рентгенография ОГК КТ ОГК	<p>Легочные поля повышенной прозрачности. В средних и нижних отделах ячеистый пневмосклероз. Корни фиброзные. Синусы свободны. Сердце границы не расширены.</p> <p>Изменения в нижней доле левого легкого могут быть обусловлены воспалительным процессом. Буллезная эмфизема. КТ-признаки легочной гипертензии. Атеросклеротическое поражение аорты и коронарных артерий.</p>
3	УЗИ внутренних органов УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря УЗИ щитовидной железы	<p>Диффузные изменения печени, поджелудочной железы, эхо-признаки простой кисты правой почки. Левая почка без патологических образований.</p> <p>Диффузные изменения предстательной железы. Нормальная картина семенных пузырьков. Эхопризнаки задержки мочи.</p> <p>Диффузные изменения щитовидной железы.</p>

РНК SARS-CoV-2 (мазок из ротоглотки экспресс- тест) - не обнаружен.

Инструментальные исследования:

№	Исследование	Результат.
4	ЭхоКГ	<p>ФВ - 69%; Сократимость - 39%. рЛА 38 мм рт. ст. Плохое УЗ-окно – большая глубина локации. Уплотнение стенок аорты. Фиброз створок аортального клапана. Уплотнение створок митрального клапана. Минимальная недостаточность аортального клапана. Минимальная митральная недостаточность. Минимальная трикуспидальная регургитация. Расширение полости левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Участки повышенной эхогенности в толще МЖП - признаки кардиосклероза. Нарушение диастолической функции левого желудочка. Сократимость миокарда удовлетворительная.</p>



Инструментальные исследования:

№	Исследование
5.	<p>Эндоскопическое исследование ФТБС– Следов крови в ТБД не выявлено, эндобронхиальной патологии не выявлено. Состояние слизистой соответствует эндобронхиту 1-2 ст.</p> <p>ПЦР-исследование –Микобактерии туберкулезной группы (смыв из бронхов) не обнаружены.</p> <p>Цитологическое заключение из органа: бронхи – В материале цилиндрический эпителий, часть с гиперплазией – до целого п/зр; единичные альвеолярные макрофаги; лейкоциты (преимущественно с/я нейтрофилы) – до 1/4 п/зр, часть в состоянии распада; плоский эпителий; слизь; кокковая флора. АК не обнаружены.</p>

Лабораторные исследования на этапе госпитализации:

Исследование	Результат	Референтный диапазон	Интерпретация
СРБ	13 мг/л	< 6	↑
СОЭ	25 мм/час	1-10	↑
Биохимический анализ крови:			
глюкоза	5,5 ммоль/л,	4,1-5,5	N
общий белок	68,5 г/л;	64-83	N
АСТ ; АЛТ	23,6; 16,5 U/l	0-50	N
общий холестерин	5,8 ммоль/л	< 5,2	↑
креатинин	108 ммоль/л	72-127	N
ТТГ	1,1 мкМЕ/мл	0,4-6,0	↑
Свободный Т4	18,8 пмоль/л	10,5-21,8	N
Коагулограмма :			
АЧТВ	24 секунд	23-35 с.	N
Протромбиновое время	14 с.	13-18,9 с.	N
МНО, ПТИ,	0,88; 112,8 %	0,8-1,24; 75-120%	N
фибриноген	1,82 г/л.	1,8-4	N
<p>Ан.крови общ. WBC-10.9; LYM-2.3; MID-0.5; GRA-6.1; LIM%-26.5; MID%-4.7; GRA%-68.8; HGB-151; RBC-5.18; HCT-46.6%; MCV-89.9; MCH-29.2; MCHC-325; RDW-CV-14; PLT-242; MPV-9.4; Лейкоформула – баз. -, э-1, п-6, с-73, л-13, М-6%</p> <p>Ан. мочи – Уд. вес-1023, белок- 0.05г/л, глюкоза -нет. Эпит.пл.-1-2 в п/з , Л- 1-3 в п/з, эритро. неизменен.- 1-2 в п/з, слизь и бактерии- отсутствуют.</p>			

Клинический диагноз:

- **Основной:** Хроническая обструктивная болезнь легких 111 ст. в фазе обострения, ЛН 3 ст.
- **Осл.** Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, ЛН 3ст. Вторичная легочная гипертензия рЛА 38 мм рт. ст.
- **Сопутствующие:** **Гипертоническая болезнь II стадии. степень АГ 2. Гиперлипидемия. Ангиопатия сетчатой ОИ. ГЛЖ. Риск 3. Целевое АД менее 140/90. Кризовое течение.**
- ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, недостаточность митрального клапана 1 ст., недостаточность аортального клапана 2ст., с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ – 67%), с нарушением диастолической функции левого желудочка. СН1, ФК 11.
- Дальнозоркость сл.ст. ОУ. Начальная катаракта ОУ. Ангиопатия сетчатой ОУ.
- Язвенная болезнь желудка, неактивная фаза, (ушивание прободной язвы желудка в 1970 г.).
- Постковидный синдром.

Рекомендовано лечение:



На этапе госпитализации продолжительность 10 дней:

Оксигенотерапия под контролем сатурации

Вентолин (сальбутамол) 2 мл: 2 мл физ. раствора ч/з небулайзер через 15 минут

пульмикорт (будесонид) 2 мл: 2 мл физ. раствора ч/з небулайзер (затем прополоскать рот водой) 2 раза в сутки № 5

Сульфат магния 25% 5,0+15,0 физ-раствора в/в струйно однократно под контролем АД!

Азитромицин 500 мг 1 таб. 1 р/сут. № 7

Амбробене 4,0 + 200,0 физ. Р-ра в/в струйно № 7, затем **ацетилцистеин** 600 мг 1 таб. р/в сутки №7 ,

Вилантерол/умеклидиний (Аноро – элипта) 22/55 мкг по 1 инг. 1р/сутки,

Вальсартан 80 мг 1 т/1 р/сутки

Спиронолактон 25 мг 1 т/1 р/сутки

Клопидогрел 75 мг 1 т/1 р/сутки

Аторвастатин 20 мг 1т/1 р/сутки

Контроль КТ ОГК- через 3 месяца.

ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ щитовидной железы, ОБП+П – 1 раз в год.

на 7 дней лечения:

- Нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка, мокрота стала лучше отходить и приобрела слизистый характер
- **Общее состояние:** относительно удовлетворительное, сознание ясное.
- **Кожные покровы и видимые слизистые:** Кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета, акроцианоза нет. **Периферические лимфатические узлы:** не увеличены.
- **Органы дыхания:** ЧД 18, Перкуторно над легкими легочный звук, с коробочным оттенком звука, аускультативно - везикулярное дыхание, диффузно ослабленное, единичные рассеянных сухие хрипы с 2-х сторон. SpO₂ = 94-97%.
- **Сердечно-сосудистая система:** ГОСТ – правая, верхняя – во II м/ж промежутке, левая на 1,5 см кнаружи от ЛСКЛ. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. ЧСС - 88 в мин. АД -180/100 мм рт. ст. (D=S).

Исследование	Результат	Референтный диапазон	Интерпретация
СРБ	7 мг/л	< 6	
СОЭ	19 мм/час	1-10	
Ан.крови общ. WBC-8.9 ; RBC-5.2; PLT-238; Лейкоформула – баз. -, э-1, п-3, с-68 , л-21, М-6% Ан. мочи – Уд. вес-1022, белок- нет, глюкоза -нет. Эпит.пл.-1-2 в п/з , Л- 1-2 в п/з, эритро. неизменен.- 1 в п/з, слизь и бактерии- отсутствуют.			

Ингаляционная терапия ХОБЛ (GOLD)



• Холинолитик

- Тиотропиум [**спирива**] 18 мкг однократно [5 мкг через респимат].
- Умеклидиний [**инкруз**] 62.5 мкг однократно.
- Гликопирроний [**сибри**] 50 мкг однократно.

Бета₂-агонист + холинолитик

- Вилантерол/умеклидиний [**аноро**] 25/62.5 мкг однократно.
- Индакатерол/гликопирроний [**ультибро**] 110/50 мкг однократно.

Кортикостероид + бета₂-агонист

- Будесонид/формотерол [**симбикорт, форадил комби**] 80–400/4.5–12 мкг 2 раза
- Флутиказона флуорат/вилантерол [**релвар**] 100–200/25–50 мкг однократно.
- Флутиказона пропионат/сальметерол [**серетид**]: 50–500/25–50 мкг 2 раза.

Кортикостероид + бета₂-агонист + холинолитик

- Флутиказона флуорат/вилантерол [**релвар**] 100/25 мкг + умеклидиний [**инкруз**] 62.5 мкг однократно.


Лечение обострения ХОБЛ (GOLD)

- **Кислород**, неинвазивная/инвазивная механическая вентиляция легких.
- **Бронходилататоры**: бета2-агонисты, холинолитики (ингалятор, небулайзер).
- **Кортикостероиды пероральные** (преднизолон 30–40 мг, метилпреднизолон) или ингаляционные (будесонид через небулайзер) на 5–7 сут.
- **Антибиотики** (гнойная, обильная мокрота, механическая вентиляция): амоксициллин/клавуланат, макролиды на 5–7 сут.
- **Муколитики**: ацетилцистеин, амброксол.

№	Принцип лечения	Описание
1	Воздействие на факторы риска	отказ от курения, обучение техники ингаляций и основам самоконтроля, вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, побуждение к физической активности, оценка необходимости длительной кислородотерапии (ДКТ) и неинвазивной вентиляции легких (НВЛ)
2	Этиотропное лечение	<p>Назначение антибактериальной терапии пациентам с обострением ХОБЛ: при наличии усиления одышки, увеличения объема и степени гнойности мокроты или при наличии двух из трех перечисленных признаков.</p> <p>Повышение уровня СРБ более 10 мг/л.</p> <p>Назначение макролидов (#азитромицина**) в режиме длительной терапии по 250 мг/сут или 500 мг каждые 3 суток/неделю рекомендуется пациентам с ХОБЛ с бронхоэктазами и частыми гнойными обострениями</p>
3	Патогенетическое лечение	<p>У пациентов с ХОБЛ и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется использование ДДАХ.</p> <p>Однако комбинация КДАХ с КДБА или ДДБА улучшает ОФВ1 в большей степени, чем любой из монокомпонентов.</p> <p>Пациентам с ХОБЛ и частыми обострениями (2 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года или хотя бы 1 тяжелое обострение, потребовавшее госпитализации) также рекомендуется назначение ИГКС в дополнение к ДДБА.</p>
4	Симптоматическое лечение	<p>Оксигенотерапия</p> <p>Назначение #ацетилцистеина** 400 или 600 мг/сут и #карбоцистеина 750 мг 2 раза в сут рекомендуется пациентам с ХОБЛ при бронхитическом фенотипе и частых обострениях, особенно если не проводится терапия ИГКС</p>

Заключение:

В нашем клиническом случае отражен один из вариантов современного подхода к лечению пациента с артериальной гипертензией и ХОБЛ с постковидным синдромом



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

