

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМ ХОЗЛ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті наведено досвід практичного застосування кардіопротектора - мексикор в комплексній терапії хворих з поєднаною патологією ІХС та ХОЗЛ. Це сприяє скороченню термінів лікування, підвищує якість життя пацієнтів.

Ключові слова: мексикор, ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень.

Проблема коморбидності є надзвичайно актуальною як для лікарів-терапевтів, так і кардіологів [4]. Поліморбідність патологій, як правило, зумовлює значні зміни класичної клінічної симптоматики перебігу захворювання, потребує призначення значної кількості медикаментів, що підвищує ризик медикаментозних ускладнень (розвиток побічних ефектів), а також може призвести до поліпрагмазії [5,8,9].

Одним з найбільш частих коморбідних станів є поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), поширеність яких коливається від 6,8 до 70,2%, в середньому 34,3% [1]. Сполучуваність ІХС та ХОЗЛ, за даними різних досліджень, у осіб старших вікових груп досягає 62%, а 15-річна виживаність таких пацієнтів становить не більше 25% [3].

Синхронний перебіг ХОЗЛ та ІХС супроводжується синдромом "взаємного обтяження". Такому перебігу поєднаної патології сприяють певні патогенетичні фактори. Гіпоксія, що розвивається при ХОЗЛ та її компенсаторні механізми (еритроцитоз, тахікардія) сприяють підвищенню потреби міокарда в кисні в умовах недостатньої оксигенації крові і ведуть до погіршення мікроциркуляції [1,2,7]. Поєднання ІХС і ХОЗЛ призводить до більш важкого клінічного перебігу захворювань, з прогресуванням серцевої недостатності, значним зниженням скорочувальної здатності міокарда з розвитком систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка, порушенням вегетативного балансу і погіршенням параметрів газообміну [1].

У літературі [1, 4, 6] є дані, що у 84% пацієнтів з поєднаною патологією ІХС і ХОЗЛ має місце атиповий перебіг. Однією з ймовірних причин такого перебігу ІХС є тривала гіпоксія, яка сприяє підвищенню порога больової чутливості у відповідних центрах мозку і активації процесів вільно-радикального окислення, що є одним з механізмів розвитку безбольової ішемії міокарда. Безбольовий варіант нерідко обумовлює розвиток гострого інфаркту

міокарда.

В останні роки при медикаментозній корекції ІХС все більше значення надається міокардіальній цитопротекції, оскільки відомо, що можливість впливу за допомогою препаратів гемодинамічного механізму дії на роботу серця і коронарний кровотік обмежена [5, 7]. Підтвердженням визнання цього підходу є включення цієї групи препаратів в рекомендації Американської асоціації серця та Європейського товариства кардіологів. Міокардіальні цитопротектори (кардіопротектори) дозволяють оптимізувати енергообмін міокарда в умовах вираженої ішемії, що підвищує його життєздатність. Крім того, більшість кардіопротекторів мають антиоксидантні властивості, що робить їх незамінними в боротьбі з наслідками окисного стресу, що розвивається при реперфузії зони ішемії [5, 7]. Особливий інтерес представляє кардіопротектор – мексикор, що володіє комплексним впливом на основні ланки ІХС.

Мета дослідження

Підвищити ефективність лікування хворих із поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з використанням у комплексному лікуванні хворих міокардіального цитопротектора мексикор.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням перебувало 60 хворих на ІХС: стабільну стенокардією напруги ФК II, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ із супутнім ХОЗЛ ІІІ стадія., нестійкої ремісії, ЛН ІІ-ІІІ ст., а також 20 практично здорових осіб близьких за віком і статтю. Середній вік пацієнтів становив 59,8±2,6 років. Діагноз ІХС був верифікований на основі даних загальноклінічного обстеження, біохімічного та динамічного дослідження змін ЕКГ, ЕхоКГ. ЕКГ спокою, повторно реєстрували на 3, 5, 7, 10 добу. До початку лікування і через 10 діб терапії проводили оцінку біохімічних показників (загальний холестерин - ЗХ, тригліцериди, ліпіди низької щільності – ЛПНЩ).

Діагноз ХОЗЛ ґрунтувався у відповідності з

наказом МОЗ України № 128 від 12.03.07, та положеннями, сформульованими в документі GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [10], на основі даних анамнезу, рентгенографії органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД), проведення проби з бронхолітиком. Тяжкість задишки оцінювали в балах за шкалою MMRC (модифікована шкала задишки) [10] до лікування і через 10 діб після проведеної терапії.

Вірогідність отриманих результатів визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Відмінності вважали вірогідними при загальноприйнятій у медикобіологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. Для напівкількісних та якісних показників будували частотні таблиці та розраховували непараметричний критерій U Манна-Уїтні, як непараметричний аналог t-критерія Стьюдента.

Пацієнти були розподілені на дві групи: першій - контрольній ($n=30$) - призначали комплексну базисну терапію (інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту, нітрати, комбіновані інгаляційні глюкокортикостероїди та β_2 -агоністи пролонгованої дії, статини, антикоагулянти), в якості метаболічної терапії - розчин глюкози 5% з панангіном внутрішньовенно крапельно). У другій групі - основній ($n=30$) до базисної терапії був доданий 5% розчин мексикору по 4,0 внутрішньовенно крапельно на фізіологічному розчині 100,0 1 раз на добу №5 з наступним внутрішньом'язовим введенням препарату по 2,0 № 10. Групи були співставні за віком та статтю, а також ступенем серцевої і дихальної недостатності.

Ефективність лікування оцінювалася за динамікою клінічних симптомів, зміни показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження.

Результати та їх обговорення

Основною скаргою хворих із поєднанням ІХС та ХОЗЛ була задишка - у 51 хворого (85%). Цей симптом при незначному фізичному навантаженні відмічали 47 хворих (92,2%). Скарги на задишку в спокої відмічали 4 хворих (7,8%). Біль в ділянці серця відмічено у 31 хворих (51,7%), у 29 хворих (48,3%) мала місце безбільова ішемія міокарда. У всіх хворих (100%) був клінічно підтверджений діагноз стабільної стенокардії, ФК II. Скарги на кашель з виділенням харкотиння слизового характеру були виявлені у 25 хворих (42,8%), при цьому кашель, переважно в нічний час відмічали 7 осіб (27,7%). Скарги на серцебиття відмічено у 32 хворих (54,5%).

При вивченні біохімічних показників у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ відмічено суттєве підвищення рівня холестерину у порівнянні із

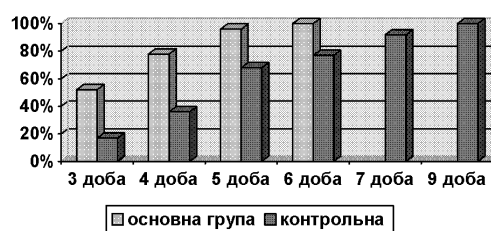
практично здоровими.

При оцінці функції зовнішнього дихання у групі хворих на ІХС у поєднанні із ХОЗЛ, які були включені у дослідження, виявлені вентиляційні порушення II-III ступеня по змішаному типу, про що свідчили показники - $ОФВ_1$ (об'єм форсованого видиху за 1 секунду), ЖЕЛ (життєва ємкість легень), та модифікований індекс Тіффно - $ОФВ_1/ФЖЕЛ$. Так, $ОФВ_1$ у хворих на ІХС у поєднанні із ХОЗЛ становив $51,5 \pm 3,13\%$, модифікований індекс Тіффно - $52,73 \pm 2,85\%$, ЖЕЛ - $54,3 \pm 3,82\%$.

Оцінюючи ефективність призначеної терапії, враховувались динамічні зміни клінічної картини. Оцінювались строки зникнення проявів основних синдромів: задишки, як показника серцевої і дихальної недостатності, та больового синдрому.

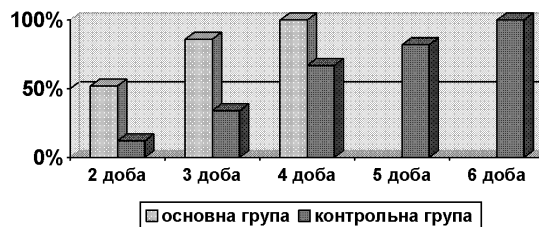
При цьому було встановлено, що у хворих основної групи, які отримували крім базисної терапії мексикор, порівняно з контрольною групою, відмічено достовірні розбіжності в строках зникнення задишки ($p < 0,05$), больового синдрому ($p < 0,05$), суттєве зниження рівня холестерину в крові ($p < 0,05$). Отримані результати подані на малюнках 1, 2.

Терміни зникнення задишки у хворих основної і контрольної групи в процесі лікування



мал.1

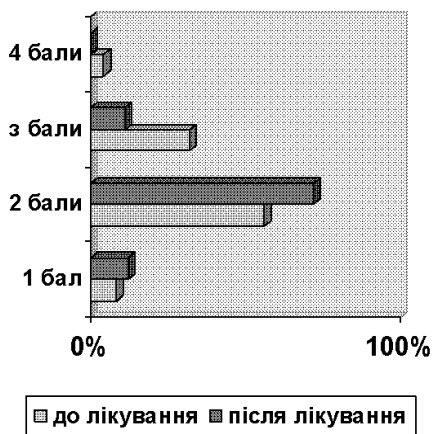
Терміни зникнення больового синдрому у хворих основної і контрольної групи в процесі лікування



мал.2

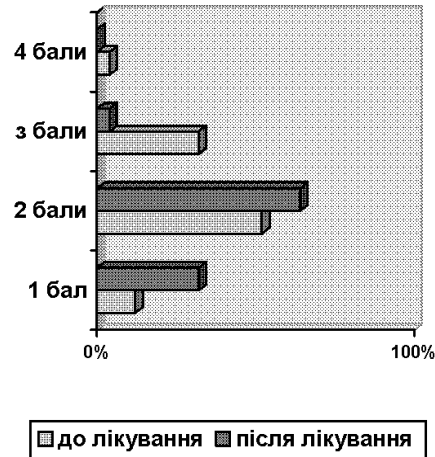
Проведена оцінка тяжкості задишки в балах до і після лікування у хворих основної і контрольної групи за допомогою опитувальника MMRC. Отримані результати подано на малюнках 3,4.

Показники задишки за шкалою MMRC в балах у хворих контрольної групи



мал.3

Показники задишки за шкалою MMRC в балах у хворих основної групи



мал.4

З наведених даних свідчить, що серед хворих основної групи кількість пацієнтів після лікування, що оцінювали ступінь задишки зі значенням у 1 бал за шкалою MMRC збільшилась у 2,6 разів, у порівнянні із відповідними даними до лікування ($p < 0,05$). У 8 разів зменшилась кількість хворих зі ступенем задишки у 3 бали ($p < 0,05$). Хворих зі ступенем задишки у 4 бали після лікування не відмічено. Тоді як, серед хворих контрольної групи, кількість пацієнтів зі ступенем задишки у 1 бал за шкалою MMRC після лікування збільшилась у 1,5 рази ($p > 0,05$). Кількість хворих, що оцінювали ступінь задишки у 3 бали - зменшилась у 3 рази ($p < 0,05$).

Таким чином, всі пацієнти відзначали суб'єктивне поліпшення стану з достовірним зменшенням інтенсивності задишки на фоні лікування, але більш суттєвими були зміни у хворих основної групи.

Під впливом терапії кашель в нічний час зник у всіх хворих основної і контрольної групи, середні показники частоти серцевих скорочень у хворих основної групи до лікування становили $94,4 \pm 3,4$ після лікування $81,3 \pm 3,1$ ($p < 0,05$), у хворих контрольної групи відповідні показники становили - $96,7 \pm 4,9$ та $78,2 \pm 3,5$ ($p < 0,05$).

Показники функції зовнішнього дихання у хворих обох груп під впливом терапії покращились не суттєво. Так, ОФВ1 у хворих основної групи до лікування - $51,3 \pm 3,15$ через 10 днів терапії - $55,4 \pm 4,2$ $p > 0,05$; у хворих контрольної групи відповідні показники становили $50,8 \pm 3,11\%$, та $54,2 \pm 4,43\%$, $p > 0,05$.

Аналізуючи динаміку змін ЕКГ, що повторно реєстрували на 3, 5, 7, 10 добу, нами відмічались суттєві розбіжності в термінах зникнення ішемії між хворими основної і контрольної групи ($p < 0,05$). Так, у хворих, що додатково отримували мексикор, ознаки ішемії міокарда на ЕКГ не реєструвались уже на третю добу у 33,4%, на п'яту - у 88,8%, на сьому - у 100% хворих. Тоді, як у хворих контрольної групи позитивна ЕКГ-динаміка відмічена лише на п'яту добу - у 66,6%, на сьому - у 93%, на десяту - у 100%.

У процесі спостереження було констатовано, що при додаванні до комплексної терапії мексикору хворим на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ відмічалось поліпшення якості життя пацієнтів, за рахунок збільшення толерантності до фізичних навантажень.

При вивченні біохімічних показників отримані наступні результати таблиця 1.

Таблиця 1
Біохімічні показники у хворих на ІХС та у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ у процесі лікування

Показник	Практично здорові	Контрольна група (n=30)		Основна група (n=30)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Холестерин ммоль/л	$3,2 \pm 0,9$	$5,8 \pm 0,52^{**}$	$4,72 \pm 0,6$	$6,02 \pm 0,43^{**}$	$4,56 \pm 0,46^*$
Тригліцериди ммоль/л	$1,22 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,31$	$1,88 \pm 0,16$	$2,02 \pm 0,24$	$1,52 \pm 0,19$
ЛПНЩ ммоль/л	$3,4 \pm 0,5$	$4,68 \pm 0,5$	$3,72 \pm 0,34$	$4,87 \pm 0,81$	$3,35 \pm 0,92$

Примітка: *розбіжності достовірні до і після лікування;

** розбіжності достовірні у порівнянні із практично здоровими

Як свідчать наведені результати, в процесі лікування у хворих, що отримували до базисної терапії додатково мексикор, відмічено суттєве зниження рівнів загального холестерину на 24,5% (з $6,02 \pm 0,42$ до $4,56 \pm 0,34$) ммоль/л ($p < 0,05$). Тоді як у хворих контрольної групи цей показник покращився не суттєво.

Порівняльний аналіз показників гемодинаміки свідчив про суттєве покращення скоротливості функції міокарда лівого шлуночка серця у хворих основної групи. Включення до лікувального комплексу мексикору сприяло зростанню фракції викиду (ФВ) з $51,2 \pm 2,1\%$ до $56,80 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), тобто на 9,8%, тоді як у хворих, які отримували стандартну терапію, ФВ зросла не суттєво на 5,4%, відповідно склала $51,8 \pm 2,4\%$ та $54,7 \pm 2,9\%$, ($p > 0,05$).

Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримували комплексну терапію із застосуванням мексикору, також сприяла скороченню термінів перебування хворого у стаціонарі на 1,8 доби.

Висновки

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновки, що комплексна терапія хворих з поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з використанням мексикору сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скороченню термінів перебування хворого у стаціонарі, поліпшенню якості життя пацієнтів.

Література

1. Амеліна Т. М. Оптимізація лікування хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень I-II стадії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Терапія» / Амеліна Т. М. – Івано-Франківськ, 2009. – 18 с.
2. Амосова К.М. Особливості діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Д.Ш. Січінава // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №2. – С.22.
3. Бова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких / А.А. Бова, Д.В. Лалицкий // Медицинские новости. – 2007. – №9. – С.7-14
4. Бугаенко В.В. Коморбидные состояния в практике кардиолога / В.В. Бугаенко // Рациональная фармакотерапия. – 2012. – №3 – С.63-69.
5. [Гурова](#) А.Ю. Особенности рациональной фармакотерапии бета-адреноблокаторами при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких/ [А.Ю. Гурова](#), [А.В. Чаплыгин](#), [Т.Е. Морозова](#), [О.А. Цветкова](#) // Леч. Врач. – 2012. – №2. – С.15-19.
6. Дзюблик А. Я. Новые возможности в терапии больных ХОЗЛ / А.Я. Дзюблик // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – №2. – С.24-25.
7. Заремба В.Х. Цитопротекторна терапія серцево-судинних захворювань / В.Х. Заремба, В.М. Карпляк //AML. XVII. – 2011. – №1. – С.106-111.
8. Фадеєнко Г.Д. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадеєнко, О.Є. Гріднев, А.О. Несен, В.А. Чернишов, М.М. Грунченко, В.Л. Шапо // Український терапевтичний журнал. – 2013. – №1. – С.102-107.
9. Фещенко Ю. І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією / Ю. І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №2. – С.6-7.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), «Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease», updated 2011

[Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.gold-copd.com](http://www.gold-copd.com).

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСВУЮЩЕЙ ХОБЛ

Настрога Т.В.

Ключевые слова: мексикор, ишемическая болезнь сердца, хроническое обструктивное заболевание легких.

В статье приведен опыт практического применения кардиопротектора мексикор в комплексной терапии больных с сочетанной патологией ИБС и ХОБЛ. Это способствует сокращению сроков лечения, повышает качество жизни пациентов.

Summary

STRATEGIES IN IMPROVING TREATMENT OF CHRONIC CORONARY HEART DISEASE AND COMORBID CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Nastroga T.V.

Key words: Mexikor, coronary heart disease, comorbidity, chronic obstructive pulmonary disease, cardioprotectors.

The research paper describes the experience of introducing a cardioprotector Mexikor into the integrated therapy of patients with coronary heart disease and comorbid chronic obstructive pulmonary disease. The results obtained allow us to conclude the application of Mexikor promotes more rapid elimination of the clinical manifestations, reduces the duration of hospital staying, and improves the quality of patients' life.