

## **Особенности антигипертензивной терапии у больных с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией**

**В.В.ДЯЧЕНКО, С.А.БЫЧКОВА**

*В статье представлены результаты использования эналаприла и амлодипина у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией. Показана высокая антигипертензивная эффективность препаратов, их безопасность использования у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.*

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, эналаприл, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, артериальное давление.

## **The peculiarities of antihypertensive therapy of patients with chronic obstructive pulmonary disease and arterial hypertension**

**V.V.DYACHENKO, S.A.BYCHKOVA**

*The article is directed to the use of enalaprilum and amlodipinum in hypertension patients with COPD. The high antihypertensive activity and sufficiency of their use in patients with COPD was shown in this study.*

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, enalaprilum, ACE inhibitors, blood pressure.

**УДК 616-08**

## **Оптимізація ведення хворого з фібриляцією передсердь в умовах амбулаторних лікувальних закладів Міністерства оборони України**

**А.С. ЄВДОКИМОВА, Н.М. СИДОРОВА, М.Ф. СТЕФАНЮК**

*У статті наведено стан виконання клінічного протоколу міністерства охорони здоров'я стосовно надання медичної допомоги хворим із фібриляцією передсердь в умовах військових лікувальних закладів та визначено шляхи покращання виконання цього протоколу лікарями зазначених закладів. Розглядали окремо групи хворих із персистуючою/пароксизмальною та постійною формами фібриляції передсердь. Додатково проведено опитування лікарів військових лікувальних закладів щодо шляхів покращання організації допомоги хворим з зазначеною патологією.*

**Ключові слова:** фібриляція передсердь, клінічні протоколи ведення хворого, діагностика, лікування, опитування лікарів

### **Вступ**

Фібриляція передсердь (ФП) являється широко розповсюдженим пароксизмальним порушенням ритму серця [1]. Згідно з офіційною статисти-

кою, на кожну тисячу населення припадає один хворий з ФП або тріпотінням передсердь (ТП) (0,12% на 100 тисяч населення). За останні 25 років ця патологія значно «помолодшала», а її поширеність зросла практично вшестеро (зокрема на Київщині) [1-3]. Водночас ФП та ТП небезпечні на-самперед ризиком розвитку інсульту і вважається причиною виникнення третини таких станів [1-3]. Летальність при ФП в 2-2,5 рази перевищує таку у хворих з синусовим ритмом, а частота розвитку системних тромбоемболічних ускладнень у хворих з ФП в 5-7 разів вища, ніж у хворих з синусовим ритмом. Вищевказане свідчить про серйозну медичну і соціальну значущість проблеми ФП і про необхідність підвищення якості її первинної та вторинної профілактики, а також лікування [4]. Проте, обсяг заходів із лікування та профілактики цієї поширеної патології, ступінь виконання сучасних протоколів в умовах військових лікувальних закладів на сьогодні невідомі, тому метою нашого дослідження було визначити основні проблеми реалізації клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим із ФП/ТП [5] в умовах амбулаторних лікувальних закладів Міністерства оборони України та основні шляхи їх подолання.

### **Матеріали і методи**

Робота базується на результатах обстеження 60 хворих з ФП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні Центру реабілітації та санаторного лікування «Пуща-Водиця», а також у Головному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий медичний госпіталь» МО України у період з листопада 2009 р. по березень 2011 р. Діагноз та форму ФП встановлювали на підставі критеріїв наказу МОЗ України №436 від 3.07.06. [5]. Ми не проводили розподіл хворих на групи відповідно до нової класифікації ФП, рекомендованої Європейським товариством кардіологів у 2010 р., у зв'язку з тим, що ця класифікація не є регламентованою ані існуючими наказами МОЗ України, ані Асоціацією кардіологів України, позаяк нашою метою був саме контроль виконання затверджених МОЗ України протоколів [5], що у свою чергу базуються на попередніх прийнятих у світі керівництвах [6].

Відповідно до поставленої мети аналізували клініко-епідеміологічні особливості, лікування, дані лабораторних та інструментальних досліджень. Для вирішення поставлених завдань хворі були розділені на дві рівні групи: I (n=30, середній вік пацієнтів склав  $70,2 \pm 1,5$  років) склали хворі із постійною формою ФП, II – (n=30, середній вік пацієнтів склав  $69,3 \pm 1,7$  років) – хворі із персистуючою або пароксизмальною формою ФП. В обидві групи увійшли виключно чоловіки. Групи статистично однорідні за основними демографічними показниками.

Крім того, провели опитування 30 лікарів військових амбулаторних лікувальних закладів щодо виявлення пропозицій із покращання реалізації клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим із ФП.

Результати проведеного аналізу стосовно частоти виявлених ознак представлено у відсотках до всіх випадків обстеження, для абсолютних величин показників розраховували середню величину показника із розрахунком середньої похибки за загальноприйнятою методикою.

Результати проведених досліджень були оброблені методами варіаційної статистики. Вірогідність різниці показників при порівнянні середніх арифметичних значень визначали за допомогою t-критерію Стьюдента, а при порівнянні частоти ознаки у відсотках – методом альтернативного варіювання. Всі види аналізу проводили за допомогою пакетів прикладних програм Statistica (версія 5,2) та Excel на персональному комп'ютері.

### **Результати та їх обговорення**

Відповідно до отриманих нами даних хворі I та II груп мали певні відмінності супутньої патології, які слід враховувати при наданні медичної допомоги, зокрема для хворих I групи характерно більш тривалий перебіг ішемічної хвороби серця та аритмій, ніж для II групи (різниця 3,8 та 3 роки, відповідно,  $p < 0,05$ ).

Для пацієнтів I групи середня величина фракції викиду лівого шлуночка серця складала  $50,4 \pm 1,9\%$  проти показника у II групі  $58,2 \pm 1,2\%$  ( $p < 0,001$ ), що свідчить про більш важкий перебіг кардіальної патології у хворих із постійною формою ФП. В той же час не виявлено статистично значимих відмінностей стосовно поширеності різних функціональних класів серцевої недостатності за класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця. Визначена причина розвитку аритмії у I групі, що переважно була пов'язана із хронічним захворюванням серцево-судинної системи, обумовила відсутність контролю функції щитовидної залози, в той час як її визначали у третини хворих II групи ( $p < 0,05$ ).

У хворих II групи гірше контролювали рівень ліпопротеїнів низької щільності, який складав  $5,9 \pm 0,8$  ммоль/л та був статистично вищим ніж у I групі, де цей показник досяг цільових значень внаслідок доброго медикаментозного контролю ( $3,9 \pm 0,5$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ).

Відповідно до отриманих нами даних, хворі I та II груп мали певні відмінності в лікуванні, зокрема хворі II групи в 2,5 рази частіше отримували аміодарон ( $p < 0,001$ ) ніж I групи, що слід врахувати при наданні медичної допомоги. Хворі з постійною формою ФП у 3,7 рази частіше приймали дігосин, що є засобом вибору для контролю частоти серцевих скорочень при цьому виді аритмії. В той же час суттєвих відмінностей у використанні інших антиаритмічних

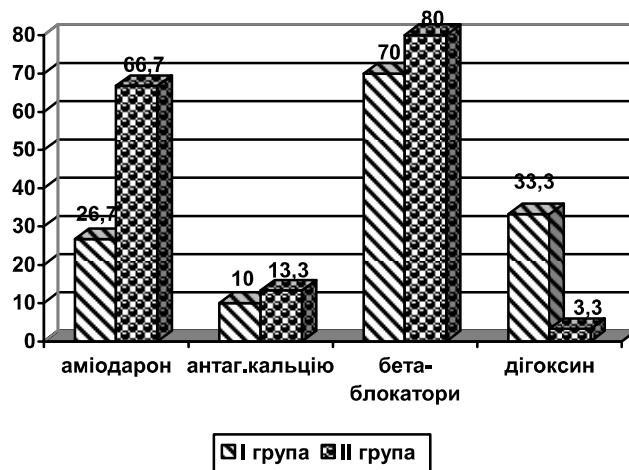


Рис. 1. Частоти призначення медикаментозних засобів, що справляють антиаритмічний вплив, хворим з ФП у військових амбулаторних лікувальних закладах.

засобів відмічено не було (рис.1). В достатній кількості та дозах застосовувались препарати при лікуванні супутньої патології. Адекватним виявилось також антитромбоцитарне/антикоагулянтне лікування (рис.2). Проте звертає на себе увагу майже в 2 рази рідший постійний прийом лікарських засобів хворими II групи ( $p < 0,05$ ), порівняно з I групою, що слід врахувати лікарям та більше проводити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів про важливість безперервного лікування та можливі ускладнення.

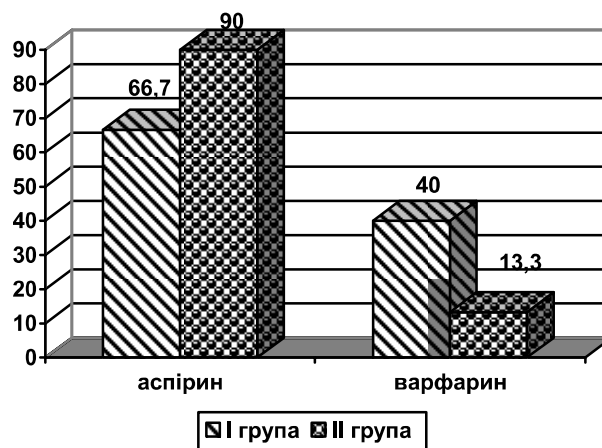


Рис. 2. Частоти призначення ацетилсаліцилової кислоти та варфарину хворим з ФП у військових амбулаторних лікувальних закладах

При опитуванні лікарів звертає на себе увагу, що переважним джерелом щодо діагностики та лікування кардіальної патології для лікарів амбулаторних військових закладів є наукові конференції, періодичні видання та Інтернет, значно меншим є вклад курсів післядипломної освіти. Серед переліку періодичних видань, які користуються популярністю серед лікарів

військових лікувальних закладів жодного разу не були згадані спеціалізовані військові медичні видання, зокрема часопис «Військова медицина України», що свідчить про недостатню популяризацію серед цільової аудиторії цього видання та низьку його доступність (рис. 3).

Переважає більшість лікарів не мають проблем з отриманням інформації щодо ведення кардіологічних хворих (80% респондентів). Отримано високі відсотки позитивних відповідей на питання «Чи є можливість у Вашій повсякденній роботі виконувати заходи обов'язкового переліку у військовослужбовців із ФП?» майже для всіх показників. Найменш доступними, відповідно до опитування, виявились: міжнародне нормалізоване відношення (10% опитаних, нестача реактивів), тироксин (16,7% респондентів, призначає ендокринолог, нестача реактивів), трийодтиронін (23,3% опитаних, призначає ендокринолог, нестача реактивів), добовий моніторинг електрокардіограми або реєстрація випадків аритмії (23,3%, призначає кардіолог) та тиреотропний гормон (26,7% респондентів, призначає ендокринолог, нестача реактивів).

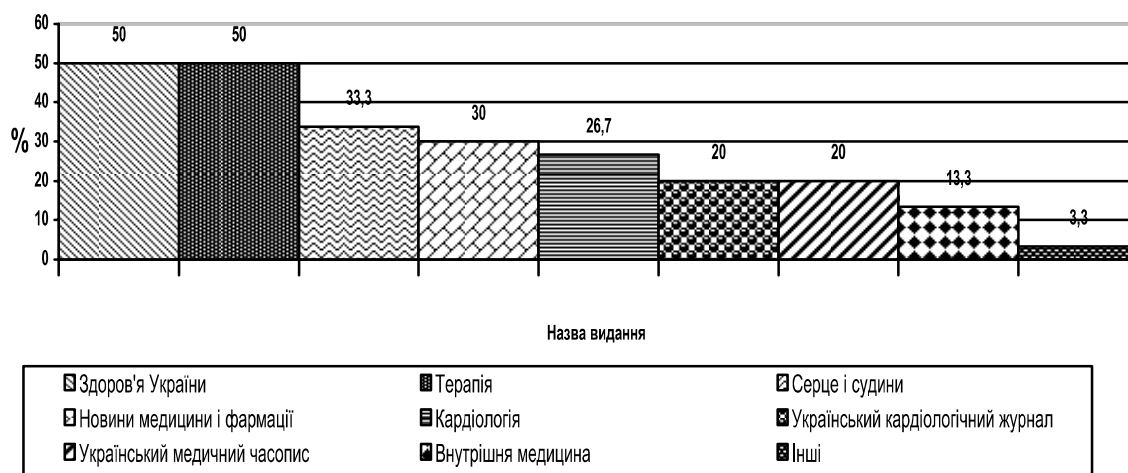


Рис. 6.1. Популярні серед лікарів періодичні видання (рейтинг за згадуванням у анкеті)

## Висновок

Відповідно до отриманих нами даних на сучасному етапі якість надання медичної допомоги хворим із ФП у військових медичних закладах знаходиться на високому рівні як стосовно діагностики, так і лікування. Супутня патологія, яка може провокувати аритмію, добре контролювана. При наданні інформації лікуючим лікарям може бути рекомендованим підвищення уваги до проблеми ФП, лікування якої у більшості випадків відбувається саме на амбулаторному етапі, під час курсів післядипломної освіти, запровадження системи тренінгів та мастер-класів в межах лікувального заходу, популяризація спеціалізованих військових медичних видань. На

підставі проведеного обстеження можуть бути запропоновані наступні практичні рекомендації:

1. В лікуванні хворих з постійною формою ФП слід враховувати більш виражені порушення систолічної функції лівого шлуночка серця та більш тривалий перебіг кардіальної патології, та своєчасно і адекватно проводити лікування супутньої серцевої недостатності, що дозволить покращити прогноз таких хворих.

2. Оскільки відповідно до існуючого протоколу надання медичної допомоги хворим з фібриляцією передсердь (наказ МОЗ України №436 від 3.07.06) визначення функції щитовидної залози входить до обов'язкового переліку заходів з діагностики, а також є рекомендованим діагностичним заходом у хворих із серцевою недостатністю, слід заохочувати лікарів до визначення рівнів гормонів щитовидної залози та тиреотропного гормону у хворих не тільки з персистуючою/пароксизмальною формами ФП, а також у хворих з постійною формою цього порушення ритму серця. Своєчасне виявлення хворих із дисфункцію щитовидної залози дозволить покращити результати лікування.

3. Слід звернути увагу лікарів первинної ланки надання медичної допомоги на необхідність контролю показників ліпідограми у хворих із формами ФП, що мають «більш сприятливий перебіг» – пароксизмальною та персистуючою. Дотримання цільових рівнів загального холестеролу та ліпопротеїнів низької щільності є передумовою для покращання прогнозу у хворих з серцево-судинною патологією. У повсякденній роботі слід акцентувати увагу хворих не лише на необхідності приймати призначені ліки, що знижують рівні загального холестеролу та ліпопротеїнів низької щільності в крові, але й на заходи зі зміни способу життя – дієту, фізичні навантаження тощо.

4. Надати хворим військовослужбовцям, що постійно отримують непрямі антикоагулянти, можливість для постійного контролю міжнародного нормалізованого співвідношення відповідно до існуючих стандартів.

5. Розробити програму із популяризації військових періодичних видань, заходи із заохочення лікарів до надання матеріалів для публікації у цих виданнях, налагодити постачання примірниками таких видань профільних відділень та клінік у військових лікувальних закладах, забезпечити необхідною кількістю примірників бібліотеки, що дозволить підвищити обізнаність лікарів у особливостях надання медичної допомоги хворим безпосередньо у військових лікувальних закладах.

6. При наданні інформації лікарям під час циклів передатестаційної підготовки та на курсах з тематичного удосконалення рекомендувати профільним кафедрам підвищити увагу до викладання сучасних аспектів діагностики та лікування фібриляції передсердь, за потребою запровадити систему тренінгів та майстер-класів в межах лікувального закладу.

## Література

1. Романюк Д. Миготлива аритмія: підходи до проблеми / Д. Романюк // Медичний вісник. – 10.04.2009. – № 14. – С. 56.
2. Сучасні принципи ведення хворих з фібриляцією передсердь (методичні рекомендації) / О.Й. Жарінов, В.О. Куць, О.А. Єпанчинцева та ін. – К., 2009. – С. 27.
3. Рекомендації Робочої групи з порушень серцевого ритму Асоціації кардіологів України. Принципи ведення хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 5. – С. 24.
4. Джанашия П.Х. «Мерцательная аритмия: современные концепции и тактика лечения» / П.Х.Джанашия, В.А.Назаренко, С.А. Николенко. – М.: РГМУ, 2001. – С. 169–234.
5. Наказ МОЗ України від 03.07.2006. № 436 . Протокол надання медичної допомоги хворим з фібриляцією (тріпотінням) передсердь.
6. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation)/ V. Fuster, L.E. Ryden, D.S. Cannom et al. // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27(16). – P. 1979--2030.

### **Оптимизация ведения больного с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторных лечебных учреждений Министерства обороны Украины**

**А.С. ЕВДОКИМОВА, Н.Н. СИДОРОВА, Н.Ф. СТЕФАНЮК**

*В статье представлено состояние исполнения клинического протокола Министерства здравоохранения Украины по оказанию медицинской помощи больным с фибрилляцией предсердий в условиях военных лечебных учреждений и определены пути улучшения выполнения этого протокола врачами указанных учреждений. Отдельно рассматривали группы больных с персистирующей/пароксизмальной и постоянной формами фибрилляции предсердий. Дополнительно проведен опрос врачей военных лечебных учреждений в отношении путей улучшения организации помощи пациентам с указанной патологией.*

**Ключевые слова:** *фибрилляция предсердий, клинические протоколы ведения больного, диагностика, лечение, опрос врачей*

### **Optimization of the management of the patients with atrial fibrillation treated in the out-patient clinics of the Ukrainian Ministry of Defence**

**A.S. EVDOKIMOVA, N.N. SYDOROVA, N.F. STEFANYUK**

*In the article state of performance of the clinical protocol for medical care in patients with atrial fibrillation by Ukrainian Ministry of Public Health is presented in conditions of the out-patient military clinics as well as ways for improvement of its performance by healthcare professionals. Groups of the patients with persistent /paroxysmal and permanent forms of atrial fibrillation were studied separately. In addition, healthcare professionals from military clinics were interviewed about ways of medical care improvement for the patients with such pathology.*

**Key words:** *atrial fibrillation, clinical protocols for the patients' management, diagnostics, treatment, healthcare professionals' interview*

**УДК: 616.728.3+616.34:615.83**

**Ефективність комплексного лікування  
олігоостеоартрозу колінних суглобів  
при супутній патології гастродуоденальної зони**

**О.С. ЗУБРИЦЬКИЙ, А.Р. САПОЖНИКОВ, О.В. САПОЖНИКОВА**

*В статті показано, що застосування запропонованого нами варіанту фізіотерапевтичного лікування для терапії загострення олігоостеоартрозу колінних суглобів є клінічно ефективним та оптимальним при неможливості застосування нестероїдних протизапальних засобів у зв'язку із супутньою патологією гастродуоденальної зони.*

**Ключові слова:** *олігоостеоартроз колінних суглобів, захворювання гастродуоденальної зони, фізіотерапія.*

Остеоартроз (ОА) є найбільш розповсюдженим (до 80%) захворюванням суглобів. Захворюваність на ОА в Україні складає 500, а розповсюдженість – 2200 на 100 тис. населення. Частота захворювання збільшується з віком і сягає 30% населення старше 45 років та 70% в осіб старше 65 років.

Колінні суглоби, поряд з кульшовими, найбільш часто вражаються при ОА, суттєво погіршують якість життя хворих, часто призводить до тимчасової втрати працездатності та навіть інвалідності.

Зменшення больового синдрому при ОА є пріоритетним напрямом лікування при загостренні захворювання. Крім того, метою терапії також є запобігання подальшим дегенеративним змінам хряща колінних суглобів, покращення (нормалізація) функціональної рухливості суглобів.

Основою терапії загострення ОА з наявністю больового, запального синдрому є застосування нестероїдних (менш часто – стероїдних) протизапальних засобів, які протипоказані при супутніх ураженнях гастродуоденальної зони (наявність ерозивних чи виразкових змін нижньої третини стравоходу, шлунка чи 12-палої кишки, кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в анамнезі). Тому, за наявності вказаних змін гастродуоденальної зони, особливо актуальним є застосування альтернативних ефективних методів лікування (місцеве лікування, внутрішньосуглобове введення ліків, фізичні методи лікування).