Cytokine status in patients with essential hypertension combined with osteoarthritis

NYKULA T.D., BYCHKOV O.A.

Article presents data of disturbances in levels of inflammatory cytokines in patients with essential hypertension in dependence of its stage and in its combination with osteoarthritis.

Key words: *essential hypertension, osteoarthritis, cytokines, immunity.*

УДК: 616.12.-008.313+616.29

Досвід корекції психовегетативних розладів у хворих з персистуючою формою фібриляції передсердь в умовах диспансерного спостереження протягом 2 місяців

Е.П. ОЛЬХОВСЬКА, М.В. НАУМЕНКО, Л.М. БОЙКО

В статті розглянутий досвід корекції психовегетативних розладів у хворих з ішемічною хворобою серця та персистуючою фібриляцією передсердь, визначена ефективність застосування немедикаментозних та медикаментозних методів поліпшення емоційного стану та зменшенні частоти пароксизмів фібриляції передсердь протягом 2 місяців спостереження.

Ключові слова: *ішемічна хвороба серця, фібриляція передсердь, медикаментозна та немедикаментозна корекція, психовегетативні розлади.*

Фібриляція передсердь (ФП) є суправентрикулярною тахіаритмією з некоординованою активністю камер серця [11], часто дебютує епізодами, які тривають менше 7 діб та купуються самостійно (пароксизмальна) або більше 7 діб та потребує медикаментонзного впливу (персистуюча) [13]. Психосоматичний підхід до патогенезу захворювань зайняв важливе місце в медицині, оскільки психічні розлади можуть впливати на перебіг та клініку вже існуючого соматичного захворювання. Особливості психовегетативних розладів (ПВР) в останні роки враховують в перебігу та терапії ФП, причому вважають що причиною ФП є циклічна дисфункція неспецифічних систем мозку, яка є нейрогенним фактором реалізації готовності передсердь до фібриляції [7]. Серед факторів, які провокують ФП, важливе місце посідають вегетативні порушення [8]. У хворих з персистуючою формою ФП захворювання протікає з симптомами тривожно-фобічних розладів [10], що значно впливає на якість життя [2]. Незважаючи на досягнення в області антиаритмічного лікування різноманітних форм ФП, залишається невирішеним психосоматичний підхід до тактики ведення хворих з персис-

тучою формою ФП, вплив лікування на якість життя та значення медикаментозної корекції психовегетативних розладів, деякі автори використовують методики сукупності антиаритмічного та протисудомного лікування у хворих з пароксизмальними формами фібриляції передсердь [5], практику рефлексотерпаії та фізичного тренування у вигляді ходи [3], ведення хворих з персистуючою формою передсердь з включенням в терапію бензодіазепінових транквілізаторів, а утримання синусового ритму у хворих з підвищеним рівнем тривоги та депресії за допомогою антидепресантів [1, 9].

Мета роботи Оцінити роль психовегетативних розладів в формуванні клінічної картини у хворих з персистуючою формою ФП та методики їх медикаментозної та немедикаментозної корекції.

Матеріали та методи

Проведена комплексна оцінка тривожно-депресивних розладів згідно шкал для швидкої діагностики [12, 14] у хворих з фібриляцією передсердь. Для оцінки тривожно-депресивних розладів використовували анкетування до початку лікування та протягом лікування через 2 міс. При статистичній обробці даних застосовувалися методи оцінки значимості різниці між відносними частотами та критерій t Стьюдента. У дослідження були включені 16 чоловік з ішемічною хворобою серця (ІХС) без післяінфарктного кардіосклерозу, з персистуючою формою ФП, з анамнезом захворювання 2 роки та більше. У дослідження не включались хворі зі значними порушеннями функції щитовидної залози, яка могла значно впливати на перебіг ФП. Віковий склад хворих склав від 43 до 75 років, складаючи в середньому 58,3±7,6 року. ІМТ склав 23,8±1,9 кг/м^2. Середній вік розвитку першого пароксизма – 51,8±7,7 року. Артеріальна гіпертензія (АГ) була діагностовано у 10 осіб, що склало 62,5%. Тривалість перебігу АГ склала 7,2±3,8 року. У всіх проводилось програмне лікування. До включення в дослідження у всіх пацієнтів мали місце часті пароксизми ФП до 2 разів на тиждень, в середньому 2,5±0,7, тривалістю від 40 хв. до 24 години, без клінічних ознак стенокардії, з вегетативним супроводженням середнього ступеня та важкого ступеня, пароксизми купувались прийомом антиаритмічних засобів. Середня кількість госпіталізацій в ГВКГ на одного хворого становила 3,5 за рік. Спочатку всі пацієнти були анкетовані за шкалами оцінки депресій та тривоги [12, 14], а в послідуючому на фоні проведення антиаритмічної терапії, в залежності від прихильності до медикаментозної корекції ПВР, були розподілені на дві групи.

Результати та їх обговорення

При первинному анкетуванні виявлено, що 2 чоловіки з 16 мали малі критерії депресії, що склало 12,5%, в середньому бал по шкалі Монтгомері

– Асберга склав – 13±2,5; практично в 87,5% мали місце тривожні розлади, причому середній бал склав 18,2±3,2, що спостерігається при середніх тривожних розладах, але у 2 чоловік (12,5%) бал по шкалі Гамільтона складав 24–25, що відповідає панічній атаці, що співпадає з даними літератури [4, 6]. Порушення сну при первинному обстеженні виявлено у 11 чоловік (68,75%). В першу групу включили 10 пацієнтів (62,5%), які були згодні на проведення медикаментозних методів корекції ПВР протягом послідуючих 2 міс. на фоні проведення антиаритмічної терапії, що була достатньо ефективна на попередньому етапі. В другу – 6 пацієнтів (37,5%), яким проводилась антиаритмічна терапія та немедикаментозна корекція ПВР. В лікування обох груп включали навчання корекції факторів ризику виникнення ФП, в тому числі виключення провокуючих факторів (алкоголю, психоемоційних навантажень, тощо), розробку індивідуальних тренувальних програм дозованої ходи, дихальних тренінгів, лікувальної гімнастики. Динамічний нагляд проводився кожні 2 тижні, з корекцією доз антиаритміків, антидепресантів та транквілізаторів. В медикаментозній корекції ПВР, враховуючи високий рівень порушень сну використовувався антидепресант агомелатин 25 мг на добу ввечері протягом 2 міс. після останньої госпіталізації, та за необхідністю коректували тривожні розлади денним транквілізатором бензодіазепінового ряду (гідазепам) в дозі 40 мг на добу протягом 1 міс. після останньої госпіталізації. Характеристика хворих представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика хворих з персистуючою формою фібриляцією передсердь до та після лікування

Параметри оцінки	При первинному огляді(n=16)	Після 2 міс спостереження	
		I група (n=10)	II група (n=6)
Середній вік, років	58,3 ± 7,6	56,8 ± 8,2	61,7 ± 6,1
ІМТ, кг/см	23,8 ± 1,9	23,4 ± 1,4	24,3 ± 1,7
Середній вік розвитку першого пароксизму, років	51,8 ± 5,7	51,2±4,2	53,4±5,4
Середня тривалість пароксизму, годин	7,73±1,2	1,4±0,4	6,6±1,3*
Середня частота на тиждень	2,5 ±0,7	1,06±0,26	2,34±0,3*
Порушення сну, кількість чоловік	11	1	4*
Виражена вегетативна симптоматика при пароксизмах	12	4	5*
Бал за шкалою Монтгомері-Асберга	13±2,5	5,5±1,5	11,1±1,2 *
Бал за шкалою Гамільтона	18,2±3,2	4,8±1,6	15,5±2,4*

*Достовірність між першою та другою групами: p <0,01; <0,05

Таким, чином перша та друга групи не мали достовірної різниці в характеристиках за віком, ІМТ, терміном розвитку першого пароксизму фібриляції передсердь, в другій групі в якій проводились немедикаметозні методики ПВР, відмічалось зменшення депресивних та тривожних розладів, зменшення частоти та тривалості пароксизмів в порівнянні з початковим анкетуванням та обстеженням, однак достовірної різниці виявлено не було. В першій групі, в якій хворим проводили систематичну медикаментозну корекцію ПВР, відмічалась значна позитивна динаміка: достовірне зменшення частоти пароксизмів на тиждень, зменшення тривалості пароксизмів практично в 6 разів, достовірне зменшення проявів вегетативної симптоматики при пароксизмах, добру їх переносимість, поліпшення якості життя та відновлення нормального сну. При повторному анкетуванні за шкалами тривоги та депресії, виявлено що, в першій групі відмічена відсутність депресивних епізодів за шкалою Монтгомері-Асберга та достовірне зниження вираженості тривожних розладів. Особлива увага у відділенні кардіології ГВКМЦ «ГВКГ» приділяється методам профілактики, немедикаментозної та медикаментозної корекції ПВР, рекомендаціям щодо здорового способу життя, регулярності фізичної активності, увага пацієнтів спрямовується на ті фактори, які можуть бути провокуючими у появі рецидиву ФП, погіршенню якості життя. Наш досвід дозволяє зробити висновок, що пацієнт під динамічним наглядом лікаря більш прихильний до лікування і краще дотримується рекомендацій проведення систематичної терапії персистуючої форми ФП.

Висновки

1. Депресивні епізоди зустрічаються у хворих з персистуючою формою ФП в 12,5% випадків, в 87,5% випадків зустрічаються тривожні розлади.
2. Впровадження системи активного динамічного диспансерного спостереження на амбулаторному етапі після госпіталізації з використанням методик медикаментозної та немедикаментозно корекції ПВР дозволяє досягти зменшення частоти пароксизмів фібриляції передсердь, поліпшення якості життя, що більш достовірно спостерігається в групі з медикаментозною підтримкою антидепресантами та транквілізаторами.
3. З метою оптимізації раціональної фармакотерапії, медикаментозної та немедикаментозної корекції ПВР, підвищення прихильності хворих до терапії на амбулаторному етапі лікування доцільна організація активного диспансерного спостереження, розробка навчальних програм та проведення шкіл для пацієнтів з порушеннями ритму у вигляді персистуючої форми ФП.

Література

1. Вознюк О.А. Клинические особенности течения фибрилляции предсердий в зависимости от выраженности тревожных и депрессивных расстройств и их медикаментозной коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.06 «Кардиология» / Вознюк Ольга Анатольевна; ГОУ ВПО ОренГМА. – Оренбург, 2008. – 20 с.
2. Евсина О.В., Качество жизни, тревожно-депрессивіе расстройства и прогноз у больных с различными формами фибриляции предсердий: автореф. дис. ... канд.мед.наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / Евсина Ольга Валериевна; ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава. – Рязань, 2009. – 26 с.
3. Кобельков С.Н. Применение рефлексотерапии и физических тренировок для восстановительной коррекции функционального состояния лиц с пароксизмальными нарушениями ритма сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.51 «Восстановительная медицина» / Кобельков Сергей Николаевич; Росийский научный центр восстановительного лечения и курортологи. – М., 2009. – 18 с.
4. Кононова А.Г. Динамика кардиоваскулярных показателей и психовегетативных расстройств при лечении сердечных аритмий в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.06 «Кардиология» / Кононова Алла Геннадьевна; Твер. Гос. мед. акад. – Тверь, 2000. – 26 с.
5. Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / Санькова Татяна Александровна; ММА им. Сеченова. – М., 2005. – 25 с.
6. Санькова Т.А. Сравнительный анализ симптоматологии пароксизма мерцательной аритмии и панических атак/ Т.А. Санькова, А.Д. Соловьева, А.В. Недоступ // Кардиология. – 2004. – № 6. – С. 18–24.
7. Федорова В.И. Роль психовегетативных расстройств в развитии и течении артериальной гипертонии и нарушений ритма сердца, возможности их коррекции: автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.00.13+14.00.06 «Нервные болезни» + «Кардиология» / Федорова Вера Ивановна; ММА им. Сеченова. – М., 2009. – 50 с.
8. Форстер О.В. Имеется ли взаимосвязь между степеню дисплазии соединительной ткани, эмоциональным состоянием и фибриляцией предсердий у больных с ишемической болезнью сердца / О.В. Форстер, Д.Т. Шварц // Вестник аритмології. – 2004. – № 33. – С. 18–21.
9. Контроль частоты сердечних сокращений корекция психоемоционального статуса у больных с персистирующей фибриляцией предсердий: влияние на качество жизни / Ю.В. Шубик, М.М. Медведев, А.Е. Ривин, В.С. Кучумов // Вестник аритмологии. – 2003. – № 31. – С. 15–19.
10. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий / Т.В. Яковенко, Ю.В. Шубик, Г.П. Костюк и др. // Вестник аритмологии. – 2006. – № 44. – С. 26–29.
11. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation / Europace 2006; 8: 651–745.
12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – № 32. – P. 50–55.
13. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors and prognosis in the Manitoba follow-up study / A.D Krahn, J. Manfreda, R.B. Tate et al. //Am. J. Med. – 1995. – № 98. – P. 476–481.

14. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – № 134. – P.382-389.

Опыт коррекции психовегетативных расстройств у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий

Э.П. ОЛЬХОВСКАЯ, Н.В. НАУМЕНКО, Л.Н. БОЙКО

В статье рассмотрен опыт коррекции психовегетативних расстройств у больных с ишемической болезнью сердца и персистирующей фибрилляцией предсердий, определена эффективность использования немедикаментозных и медикаментозных методов коррекции эмоционального состояния та уменьшения частоты пароксизмов фибрилляции предсердий в течение 2 месяцев наблюдения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, медикаментозная и немедикаментозная коррекция, психовегетативные расстройства.

Experience of psycho-vegetative disorders correction in patients with persistent atrial fibrillation

E. OLCHOVSKA, M. NAUMENKO, L. BOJKO

The article describes the experience of psycho-vegetative disorders correction in patients with coronary heart disease and persistent atrial fibrillation; it determines efficiency of non-drug and medication methods for correcting emotional state and reducing frequency of paroxysms of atrial fibrillation within 2 months of observation.

Key words: *coronary heart disease, atrial fibrillation, medication and non-drug methods for correcting, psycho-vegetative disorders.*

УДК:616.329:616-08

Ланзопрол в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

С.Н. ПРОКОПЧУК

В ходе исследования установлена клиническая эффективность ланзопрозола у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ланзопрол, гастроэзофагеальный рефлюкс.*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одной из наиболее широко распространенных патологий желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), серьезность которой часто недооценивается. В течение последних