

© Опарін О. А., Синельник В. П.

УДК 616. 12-008. 331. 1-06:[616. 33+616. 329]-008. 1-001. 28-085

Опарін О. А., Синельник В. П.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

vova.sinelnik.2014@mail.ru

Дана робота виконана згідно з планом науково – дослідницьких робіт Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, а саме колективної науково дослідної роботи кафедри терапії, ревматології і клінічної фармакології «Механізм формування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із супутньою патологією та розробка методів її патогенетичної корекції у студентів», № держ. реєстрації 0110U002441.

Вступ. Особливістю розвитку сучасної клінічної медицини є факт того, що різні захворювання втрачають свій монозологічний характер та набувають статусу коморбідності. Термін «коморбідність» використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; за наявності трьох та більше захворювань застосовується термін «мультиморбідність» [2, 8]. Отже, поліморбідність включає як випадкову комбінацію у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно обумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб [5]. За літературними даними, на етапі віддалених наслідків у структурі стану здоров'я ліквідаторів, переважають захворювання серцево-судинної системи (В. А. Сидоренко, Т. В. Кульчаєва, Н. П. Матвеева та ін., 2010) та за різними даними посідають 1-2 місце у структурі смертності [7]. В структурі патології системи кровообігу перше місце посідає гіпертонічна хвороба (ГХ). Перебіг ГХ – прогресуючий, несприятливий й іноді злоякісний [3].

В останні роки також зростає поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) [1, 4]. За даними багатьох авторів фактори ризику ГЕРХ аналогічні факторам ризику ГХ: надлишкова маса тіла, куріння тютюну, стрес. На сьогоднішній день поширеність цих нозологічних груп, в усьому світі неухильно зростає та все частіше й частіше реєструється їх поєднаний перебіг. Дану проблему ускладнює і те, що ряд медикаментозних засобів для лікування ГХ є факторами ризику розвитку ГЕРХ [6, 7].

Саме тому є актуальним пошук оптимальної комбінованої терапії при коморбідних станах, таких як ГХ в поєднанні з ГЕРХ. В цьому напрямку перспективним можна вважати використання Актовегіну виробництва тов. «Кусум ФАРМ» (пакування з форми in-bulk Такеда, Австрія ГмбХ), який на молекулярному рівні сприяє прискоренню процесів утилізації кисню (підвищує

стійкість до гіпоксії) і глюкози, тим самим сприяє підвищенню метаболізму, містить тільки фізіологічні речовини з молекулярною масою менше ніж 5000 дальтон, сумарний ефект цих процесів полягає в посиленні енергетичного стану клітини, особливо в умовах гіпоксії та ішемії.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування ГХ з супутньою ГЕРХ у ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) шляхом обґрунтування доцільності комбінованої терапії з використанням Актовегіна та дослідження його впливу на ЕхоКГ показники.

Об'єкт і методи дослідження. Було проведено комбіноване лікування 60 ліквідаторів аварії на ЧАЕС хворих на ГХ, зокрема 25 ліквідаторів з супутньою ГЕРХ, до і після лікування в умовах терапевтичного стаціонару Обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населенням у м. Харкові. Всі хворі були з ГХ 1-2 стадії, I-II ступеню з супутньою ГЕРХ неерозивної форми.

Діагноз ГХ встановлювався згідно МКБ-10 на підставі докладного опитування, оцінки скарг, анамнезу захворювання та життя хворого. Діагностику ГХ і оцінку сумарного ризику ускладнень у ліквідаторів аварії на ЧАЕС проводили за критеріями Рекомендацій Асоціації кардіологів України з профілактики та лікування ГХ (2011 р.) з урахуванням класифікації ступеню ГХ (класифікація ГХ за рівнем артеріального тиску), стадії ГХ (класифікація ГХ за ураженням органів-мішеней) (2011 р.). Діагноз ГЕРХ встановлювався згідно МКБ-10 на підставі докладного опитування, оцінки скарг, анамнезу захворювання і життя хворого. Для постановки діагнозу ГЕРХ виконувалося така умова: наявність печії, що докучає хворому, один і більше разів на тиждень протягом останніх 6 місяців (згідно з рекомендаціями клініки Мейо і Монреальського консенсусу 2005 р.), а також даних ендоскопічного дослідження, рентгенологічного та рН-метричного методів. Анамнез ГЕРХ складав від 1 року до 5 років.

Для оцінки електричних параметрів серцевої діяльності використовували електрокардіограф шестиканальний «Юкар-200» в М- та В-режимах, артеріальний тиск вимірювали за допомогою сфігмоманометра Mikrolife BR AG 1-10 (Угорщина). Для оцінки структурно-функціонального стану серця використовували прилад медичний діагностичний ультразвуковий

Таблиця
Структурно-функціональні показники стану серця
хворих на ГХ з супутньою ГЕРХ до та після лікування

Показник	До лікування		Після лікування	
	I підгрупа	II підгрупа	I підгрупа	II підгрупа
САТ, мм. рт. ст.	160,4±1,14	155,4±1,05*	135,4±1,14	140,8±1,27*
ДАТ, мм. рт. ст.	104,0±1,15	91,5±0,66*	85,4±1,15	88,46±0,67*
ТЗСЛШ, мм	13,72±0,11	13,49±0,16	12,58±0,10	13,04±0,12*
ТМШП, мм	13,29±0,06	13,04±0,09	12,67±0,09	13,04±0,1*
ФВ %	56,83±0,34	56,85±0,37	60,83±0,34	58,85±0,37*
Діаметр ЛП, мм	32,0±0,52	31,85±0,42	31,0±0,52	31,15±0,52
КДР, мм	50,92±0,36	48,92±0,21*	49,92±0,36	47,85±0,24
КСР, мм	34,08±0,26	33,77±0,23	32,08±0,26	32,77±0,23

Примітка: достовірність даних ($p \leq 0,05$)

ULTIMA-pro-30 ГРИС. 941217 (виробництво Україна), користувалися стандартною методикою реєстрації та розрахунку показників. Визначали такі ЕхоКГ-показники: діаметр лівого передсердя в діастолу – ДЛП, в мм; кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка – КСРЛШ, в мм; кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка – КДРЛШ, в мм; товщину міокарда задньої стінки лівого шлуночка в діастолу – ТМЗСЛШ, в мм; товщину міжшлуночкової перегородки в діастолу – ТМШП, в мм; фракцію викиду лівого шлуночка – ФВ, в %.

Результати досліджень оброблені методом варіаційної статистики із застосуванням стандартних програм кореляційного аналізу з обчисленням середніх арифметичних величин $M \pm m$. Достовірність показників оцінювали за t – критерієм Ст'юдента, різниці вважали достовірною при $p < 0,05$.

Хворі основної групи в залежності від терапії, що була проведена, були розподілені на наступні підгрупи: – перша підгрупа – 12 ліквідаторів, хворі на ГХ з супутньою ГЕРХ одержували стандартну терапію, а саме еналаприлу 20 мг на добу, розувостатину 20 мг на добу, кардіомагнілу 75 мг на добу, омепрозолу 40 мг на добу курсом 4 тижні, домперідону 40 мг на добу від 40 до 60 тижнів та додатково одержували актовегін 200 мг на добу внутрішньовенно струйно протягом 10 днів;

– друга підгрупа – 13 ліквідаторів, у віці від 47 до 56 років, середній вік яких склав $52,8 \pm 0,7$ років, хворі на ГХ з супутньою ГЕРХ одержували стандартну терапію, а саме еналаприлу 20 мг на добу, розувостатину 20 мг на добу, кардіомагнілу 75 мг на добу, омепрозолу 40 мг на добу курсом 4 тижні, домперідону 40 мг на добу від 40 до 60 тижнів. Контрольну групу склали 35 ліквідаторів, які хворіють на ГХ без ГЕРХ.

Результати досліджень та їх обговорення. Основну групу склали 25 ліквідаторів, які хворіють на ГХ з супутньою ГЕРХ, середній вік яких становив – $52,4 \pm 0,6$ років. Із них 22 (88 %) чоловіків, віком $52,3 \pm 0,6$ років; жінки відповідно – 3 (12 %), $53 \pm 1,5$ років. Основну групу було розподілено на дві підгрупи. До першої підгрупи ввійшло 12 ліквідаторів, із них 9 (75 %) чоловіків та 3 жінки (25 %) у віці від 47 до 56 років, середній вік яких склав $52,1 \pm 0,9$ років, хворі на ГХ з супутньою ГЕРХ. До другої підгрупи ввійшло 13

ліквідаторів, із них 11 (84,6 %) чоловіків та 2 жінки (15,4 %) у віці від 47 до 56 років, середній вік яких склав $52,8 \pm 0,7$ років, хворі на ГХ з супутньою ГЕРХ. Контрольну групу склали 35 ліквідаторів, які хворіють на ГХ без ГЕРХ, віком $52,1 \pm 1,6$ років: чоловіків 32 (91,4 %), віком $51,9 \pm 1,7$ років, жінок 3 (8,6 %), віком $55 \pm 0,6$ років.

Під час госпіталізації до стаціонару були визначені показники артеріального тиску. Так, систолічний тиск у ліквідаторів хворих на ГХ з супутньою ГЕРХ у першій підгрупі становив $160,4 \pm 1,14$ мм. рт. ст. (норма до 139 мм. рт. ст.), у другій підгрупі – $155,4 \pm 1,05$ мм. рт. ст.; діастолічний тиск – у першій підгрупі становив $104,0 \pm 1,15$ мм. рт. ст.

(норма до 89 мм. рт. ст.), у другій $91,5 \pm 0,66$ мм. рт. ст. Після проведеного лікування артеріальний тиск дещо нормалізувався, ($p \leq 0,05$): у першій підгрупі систолічний тиск становив $135,4 \pm 1,14$ мм. рт. ст., у другій підгрупі – $140,8 \pm 1,27$ мм. рт. ст.; діастолічний тиск – у першій підгрупі становив $85,4 \pm 1,15$ мм. рт. ст., у другій $88,46 \pm 0,67$ мм. рт. ст.

Вивчено структурно-функціональний стану серця під час госпіталізації до терапевтичного стаціонару у хворих першої та другої підгрупи. При порівнянні отриманих даних не спостерігалось суттєво значимої різниці між показниками ТЗСЛШ: у першій підгрупі – $13,72 \pm 0,11$ мм., в другій підгрупі – $13,49 \pm 0,16$ мм., ($p > 0,05$); ТМШП – у першій підгрупі – $13,29 \pm 0,06$ мм., в другій підгрупі – $13,49 \pm 0,16$ мм., ($p > 0,05$); ФВ лівого шлуночка – у першій підгрупі – $56,83 \pm 0,34$ %, у другій підгрупі – $56,85 \pm 0,37$ %, ($p > 0,05$). Не встановлено статистично значимої різниці при порівнянні ДЛП у хворих першої і другої підгрупи: відповідно, $32,0 \pm 0,52$ мм. та $31,85 \pm 0,42$ мм., ($p > 0,05$); також показника КСРЛШ – у першій підгрупі – $34,08 \pm 0,26$ мм., у другій підгрупі – $33,77 \pm 0,23$ мм., ($p > 0,05$). Виявлена статистично достовірною різниця показника КДРЛШ у хворих першої підгрупи в порівнянні з другою підгрупою: відповідно, $50,92 \pm 0,36$ мм. та $48,92 \pm 0,21$ мм., ($p \leq 0,05$).

Через місяць після початку лікування був повторно проаналізований структурно-функціональний стан серця у хворих як першої, так і другої підгрупи. Дані отримані до та після лікування наведені в **таблиці**. При порівнянні отриманих даних спостерігалась статистично значима різниця між показниками ТЗСЛШ: у першій підгрупі – $12,58 \pm 0,10$ мм., в другій підгрупі – $13,04 \pm 0,13$ мм., ($p \leq 0,05$); ТМШП – у першій підгрупі – $12,67 \pm 0,09$ мм., в другій підгрупі – $13,04 \pm 0,12$ мм., ($p \leq 0,05$); ФВ – у першій підгрупі – $60,83 \pm 0,34$ %, у другій підгрупі – $58,85 \pm 0,37$ %, ($p \leq 0,05$). Не встановлено статистично значимої різниці при порівнянні ДЛП у хворих як першої так і другої підгрупи, відповідно: $31,0 \pm 0,52$ мм. та $31,15 \pm 0,52$ мм., ($p > 0,05$); показника КСРЛШ – у першій підгрупі – $32,08 \pm 0,26$ мм., у другій підгрупі – $33,77 \pm 0,23$ мм., ($p > 0,05$); також показника КДРЛШ у хворих першої підгрупи в порівнянні з другою підгрупою, відповідно: $49,92 \pm 0,36$ мм. та $47,85 \pm 0,24$ мм., ($p > 0,05$).

Висновки. Комбінована терапія з використанням Актовегіна в лікуванні ГХ з супутньою ГЕРХ у ліквідаторів на ЧАЕС є безпечною та ефективною, про що свідчить статистично достовірне покращення структурно-функціональних показників стану серця хворих через місяць після початку лікування. Це обумовлює доцільність включення препарату Актовегін в комбіноване лікування ГХ з супутньою ГЕРХ у ліквідаторів на ЧАЕС.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи вище перелічені структурно-функціональні показники стану серця у хворих на ГХ з супутньою ГЕРХ у ліквідаторів на ЧАЕС на тлі комбінованого лікування з використанням Актовегіна, актуальним та перспективним є проведення подальших досліджень в даному напрямку.

Література

1. Бабак М. О. Клініко-ендоскопічні особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в осіб із надлишковою масою тіла та ожирінням / М. О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1 (51). – С. 16–20.
2. Дзяк Г. В. Стратифікація ризику пацієнтів з хронічною серцевою недостаточністю: питання коморбидності / Г. В. Дзяк, А. А. Ханюков // Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2010. – № 3. – С. 22–23.
3. Журавлева Л. В. Лечение артериальной гипертензии у пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией / Л. В. Журавлева, Н. А. Лопина // Український медичний часопис. – 2011. – № 6 (86). – С. 24–31.
4. Лапина Т. Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: изменчивая и консервативная концепция / Т. Л. Лапина // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2007. – № 1. – С. 18–23.
5. Проблема коморбидности артериальной гипертонии и кислотозависимых заболеваний / О. В. Хлынова, А. В. Туев, Л. Н. Береснева [и др.] // Терапевтический архив. – 2013. – № 5. – С. 101–106.
6. Фадеенко Г. Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ / Г. Д. Фадеенко, М. О. Бабак, Т. Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 4 (42). – С. 4–7.
7. Холодова Н. Б. Последствия Чернобыльской катастрофы на состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии / Н. Б. Холодова // Международная научно-практическая конференция: «20 лет Чернобыльской катастрофы: экологические и социальные уроки». – Москва, 2006. – С. 32–34.
8. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services / J. M. Valderas, B. Starfield, B. Sibbald [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2009. – № 7 (4). – P. 357–363.

УДК 616. 12-008. 331. 1-06:[616. 33+616. 329]-008. 1-001. 28-085

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Опарін О. А., Синельник В. П.

Резюме. Проаналізовані показники структурно-функціонального стану серця 60 ліквідаторів аварії на ЧАЕС хворих на гіпертонічну хворобу. До основної групи увійшло 25 ліквідаторів, які хворіють на гіпертонічну хворобу з супутньою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, які були розподілені на дві підгрупи. Усім хворим проведено стандартне комбіноване лікування, а хворим першої підгрупи – з додатковим призначенням Актовегіну по 200 мг на добу внутрішньовенно струйно протягом 10 днів. Встановлено, що додавання Актовегіну в комбіновану терапію є безпечним та ефективним, про що свідчить статистично достовірне покращення структурно-функціональних показників стану серця хворих через місяць після початку лікування.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ліквідатори аварії на ЧАЕС.

УДК 616. 12-008. 331. 1-06:[616. 33+616. 329]-008. 1-001. 28-085

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Опарин А. А., Синельник В. П.

Резюме. Проанализированы показатели структурно-функционального состояния сердца 60 ликвидаторов аварии на ЧАЭС, больных гипертонической болезнью. В основную группу вошло 25 ликвидаторов, которые болеют гипертонической болезнью с сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, которые были распределены на две подгруппы. Всем больным проведено стандартное комбинированное лечение, а больным первой подгруппы – с дополнительным назначением Актовегина по 200 мг в сутки внутривенно струйно в течение 10 дней. Установлено, что добавление Актовегина в комбинированную терапию является безопасным и эффективным, о чем свидетельствует статистически достоверное улучшение структурно-функциональных показателей состояния сердца больных через месяц после начала лечения.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ликвидаторы аварии на ЧАЭС.

UDC 616. 12-008. 331. 1-06:[616. 33+616. 329]-008. 1-001. 28-085

Influence of the Combined Therapy on the Structural-Functional State of Heart at Comorbidity of Hypertensive Diseases and Gastroesophageal Reflux Disease in Liquidators of Accident on the CNPP

Oparin O. A., Synelnyk V. P.

Abstract. Purpose of research was an increase of efficiency of treatment of hypertensive disease (HD) associated with gastroesophageal reflux disease (GERD) at the liquidators of accident on the Chernobilskiy's NPP (CNPP) by the

ground of expedience of the combined therapy with the use of Aktovegin and research of his influence on echocardiographic indexes.

Object and research methods. The combined treatment was conducted 60 liquidators of accident on CNPP sick on HD, in particular 25 liquidators with associated with GERD which to treatment in the therapeutic department of establishment of the Regional specialized dispensary of radiation defence of populations in m. Kharkiv. All patients were from HD 1-2 stages, I-II of degree with associated GERD of unerosive form.

For an estimation structural-functional a device was used the state of heart medical diagnostic ultrasonic Ultima-pro-30 (a production is Ukraine), used the standard method of registration and calculation of indexes. It was determined of echocardiographic indexes: diameter of left of auricle in diastole (DLA) in mm; final systolic size of left ventricle (FSSLV), in mm; final diastolic size of left ventricle (FDSLVL), in mm; thickness of myocardium of back wall of the left ventricle in a diastole – TMBWLV, in mm; thickness between of ventricle of partition in a diastole – TBVP, in mm; faction of extras of the left ventricle – FE, in %.

The results of researches are treated the method of variation statistics with application of the standard programs of cross-correlation analysis with the calculation of arithmetic averages of $M \pm m$. Authenticity of indexes was estimated after t – by the criterion of Student, a difference was considered reliable at $p < 0,05$.

The patients of basic group depending on therapy which was conducted were up-diffused on the followings sub-groups: – the first sub-group – 12 liquidators, patients, on HD with associated GERD got standard therapy, namely enalapril 20 mg on days; rozuvoztatin 20 mg on days, kardiomagnil 75 mg on days, omeprozol 40 mg on days by a course 4 weeks, domperidon 40 mg on days from 40 to 60 weeks and additionally got aktovegin 200 mg on days intravenously during 10 days;

second sub-group -, in age from 47 to 56 years, middle age of which made 13 liquidators $52,8 \pm 0,7$ years, patients on HD with associated GERD got standard therapy, namely enalapril 20 mg on days, rozuvoztatin 20 mg on days, kardiomagnil 75 mg on days, omeprozol 40 mg on days by a course 4 weeks, domperidon 40 mg on days from 40 to 60 weeks. A control group was made by 35 liquidators which are ill on HD with associated GERD.

Results of researches and their discussion. A basic group was made by 25 liquidators which are ill on HD with associated GERD, middle age of which made – $52,4 \pm 0,6$ years. From them 22 (88 %) men, by age $52,3 \pm 0,6$ years; women accordingly – 3 (12 %), $53 \pm 1,5$ years. A basic group was up-diffused on two sub-groups. 12 liquidators entered to the first sub-group, from them 9 (75 %) men and 3 women (25 %) in age from 47 to 56 years, middle age of which made $52,1 \pm 0,9$ years, patients on HD with associated GERD.

All patient is conduct the standard combined treatment, and to the patients of the first sub-group – with additional setting of Aktovegin for 200 mgs in days intravenously stream during 10 days. It is set that adding of Aktovegin to the combined therapy is safe and effective, about what the reliable improvement of structural-functional indexes of the state of heart of patients testifies statistically in a month after the beginning of treatment.

Keywords: hypertensive diseases, gastroesophageal reflux disease, liquidators on the accident of CNPP.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 23. 03. 2015 р.