3. Селезнёв С.А. Клинические аспекты микрогемоциркуляции / С.А.Селезнёв, Т.И.Назаренко, В.С. Зайцев. - Медицина: Ленинград, 1985. - 208 с.

14. Філіппов Ю. О. Основні показники гастроентерологічної захво-рюваності в Україні / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скирда, Л. М. Петречук // Гаст-роентерологія : міжвід. збірник. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3-9.

15. Bendich A. Vitamins and immunity / A. Bendich //J. Nutr. - 1992. - V. 122. - P. 601-603.

Резюме

Усенко В.О. *Динаміка змін показників мікрогемоциркуляції під впливом комбінованого лікування із застосуванням деринату та триовіту у хворих на хронічний бронхіт у сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки.*

За результатами роботи наведено особливості змін мікрогемоциркуляції у хворих на хронічний необструктивний бронхіт у поєднані з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, приведено динаміку змін аналізованих показників у процесі лікування та показано перевагу комбінованого лікування.

Ключов□ слова: хронічний бронхіт, пептична виразка, мікрогемоциркуляція, лікування.

Резюме

Усенко В.А. *Динамика изменения показателей микрогемоциркуляции под влиянием комбинированного с применением деринат и триовита у больных хроническим бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки.*

В работе представлены особенности изменения микрогемоциркуляции у больных хроническим необструктивным бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки, приведена динамика анализированных показателей в процессе лечения и показано преимущество комбинированного лечения.

Ключевые слова: хронический бронхит, пептическая язва, микрогемоциркуляция, лечение.

Summary

Usenko V.A. *Microhaemocirculation indices dinamic under combined treatment with derinat and triovit in patients with chronic bronchitis in combined peptic ulcer duodeni.*

This publication presents main peculiarities and changes of microcircular's course indices of the patients with chronic bronchitis in combined peptic ulcer duodeni. The dynamics indices in treatment process are presented, advantage of combined treatment are presented.

Key words: chronic bronchitis, peptic ulcer, microhaemocirculation, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М. Іванова

УДК 616.611-002-036.12+616.24-007.271]-08-035-092

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Т.С. Ігнатенко

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вступ

Останні роки продовжуються активні пошуки вирішення проблеми лікування хронічних форм гломерулонефриту (ХГН) у хворих з супутньою хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) [1]. Наявність загальних патофізіологічних механізмів прогресування такої сукупної патології дозволило розглядати її з позиції ренокардіального синдрому. Протягом останніх 20-30 років відбувається своєрідний патоморфоз перебігу ХГН, що проявляється як у вигляді мало- або безсимптомних форм захворювання, так і в переважній захворюваності на ХГН представників чоловічої статі середнього віку [2, 6], у яких нерідко розвиваються клінічні прояви стенокардії. Механізми формування у таких пацієнтів супутньої хронічної ІХС багато в чому залишаються до кінця не визначеними [3, 7]. До того ж, чітко не визначеними є положення, що стосуються особливостей діагностики, лікування та первинної і вторинної профілактики ІХС у хворих на ХГН [4, 5], а, тому, продовжуються пошуки нових напрямків медикаментозного і немедикаментозного лікування такої патології в умовах коморбідності.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проводилося у відповідності до планової науково-дослідної кафедри пропедевтичної і внутрішньої медицини Донецького національного медичного університету ім. М.Горького "Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситерапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології" (№ держреєстрації 0108U009884).

Мета роботи полягала в аналізі результатів лікування, річної виживаності і якості життя хворих на хронічні форми ІХС з супутнім ХГН.

Матеріали і методи дослідження

На підставі розроблених критерії включення і виключення, до дослідження увійшли 200 хворих на ХГН і стабільну стенокардію напруги. Критеріями включення вважали: наявність клінічних, лабораторних і/або морфологічних ознак ХГН, мезангіопроліферативний, мезангіокапілярний і фокально-сегментарний варіанти гломерулонефриту без клініко-лабораторної активності і нефротичного синдрому [8], хворі ХГН з артеріальною гіпертензією (АГ) 1-2 ступеня, хронічні форми ІХС (стабільна стенокардія 1-3 функціональних класів (ФК) і безбольова ішемія міокарда), збережена функція нирок. Критеріями не включення до дослідження були: ниркова недостатність, морфологічні ознаки нефросклерозу, нефротичний синдром, гіпотиреоз, набряковий синдром позаниркової етіології, нестабільна стенокардія або інфаркт міокарда в анамнезі, III-IV ФК хронічної серцевої недостатності (ХСН) за NYHA, АГ 3 ступеня, 4-й ФК стабільної стенокардії, перенесений в анамнезі інсульт, а також цукровий діабет, ХОЗЛ, бронхіальна астма, активні запальні або вірусні захворювання печінки, ознаки холестазу, медикаментозна алергія до ліків і їх компонентів в анамнезі.

Діагностика ІХС і ХГН базувалася на сучасних діагностичних стандартах. Всім пацієнтам проводили ЕКГ спокою, холтерівське моніторування ЕКГ і артеріального тиску, сонографію нирок і серця, допплерографію, досліджували ліпідний спектр крові, визначали добову протеїнурію, аналізували сечовий осад, деяким пацієнтам проводили прижиттєве дослідження ниркової тканини для встановлення морфологічного варіанту нефриту.

Хворі були розподілені в 4 групи спостереження (по 50 пацієнтів в кожній), які виявилися статистично однорідними за віком, статтю і тривалістю ХГН і ІХС. Перша група (50 хворих) отримувала стандартний антиангінальний набір медикаментів (нітрати, статини, антагоністи кальцію, дезагреганти, івабрадин, бета-адреноблокатори), які регламентовані сучасними стандартами лікування в сполученні з щоденними 50-60 хвилинними сеансами інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ) при 11-12% насиченні киснем дихальної суміші. Для проведення сеансів ІНБГТ застосовували стаціонарний гіпоксикатор "ГИП 10-1000-0", фірми Трейд Медікал (Росія). В умовах стаціонару гіпокситерапевтичні сеанси проводили протягом 15 днів, а надалі, після закінчення базового курсу в амбулаторних умовах, продовжували підтримуючі 10-денні сеанси кожні 3 місяці. Друга група (50 хворих) отримувала тільки антиангінальні і ліпосомальні препарати "Ліпофлавон" (27,5 мг ліпосомального лецитину-стандарту і 0,75 мг кверцетину) зранку і "Ліпін" (ліпосомальний фосфатиділхолін) по 0,5 гр. на 50 мл. фізіологічного розчину хлориду натрію ввечері (виробниче об'єднання "Біолек", Харків, Україна). Додатково вдень пацієнтам цієї групи проводили інгаляції 0,5 гр. "Ліпіну" за допомогою ультразвукового небулайзера. Загальна тривалість ліпосомальної терапії становила 15 днів, а надалі курсами по 7-10 днів тричі на рік. Третя група (50 хворих) отримувала потрійну терапію: стандартну антиангінальну, ІНБГТ і ліпосомальні засоби за аналогічною схемою. Четверта група (група порівняння) отримувала лише стандартне лікування стенокардитичного і гіпертензивного синдромів. Всі фактичні результати досліджень порівнювали з аналогічними у 50 практично здорових людей аналогічного віку і статі (контроль).

Для оцінювання ефективності лікування в роботі були використані наступні критерії. "Значне покращення" включало: відсутність нападів стенокардії і потреби в прийомах нітрогліцерину, збільшення толерантності до фізичного навантаження за даними тесту з 6-ти хвилинної ходьби або ВЕМ, реверсію ФК стенокардії (ВЕМ, холтерівське моніторування), реверсію ФК ХСН, нормалізацію артеріального тиску, ремісію ХГН (відсутність протеїнурії, циліндрурії і гломерулярної еритроцитурії), покращення фільтраційної функції нирок. Категорія "покращення" характеризувалася зменшенням частоти нападів стенокардії і потреби в нітрогліцерині, збільшенням толерантності до фізичного навантаження, двократне знижен-

ням добової протеїнурії, еритроцитурії, циліндрурії, стабільність фільтраційної здатності нирок. Критерій "без змін" визначав відсутність будь-якої динаміки з боку кардіального і ниркового синдромів. "Погіршення" передбачало прогресування частити, тривалості і тяжкості нападів стенокардії, збільшення потреби в нітратах, прогресування ХСН, збільшення протеїнурії і компонентів сечового осаду, погіршення функції нирок.

Для визначення впливу лікування на якість життя використовували російську редакцію загального опитувача "SF-36 Health Status Survey".

Ефективність лікування і вплив різних режимів лікування на показники якості життя оцінювали через рік поспіль.

Статистична обробка виконана на персональному комп'ютері з використанням пакетів програм "Statistica 6.0". Статистично значущі відмінності визначали при рівні значущості $p<0,05$.

Отримані результати та їх обговорення

На підставі розроблених критеріїв оцінювання ефективності лікування, нами було встановлено, що у хворих, які отримували стандартну терапію (4-а група спостереження), частіше за інші групи визначалося "погіршення" (у 30% хворих) (рис..1) та був найнижчим відсоток хворих з позитивними результатами лікування - лише 10%.

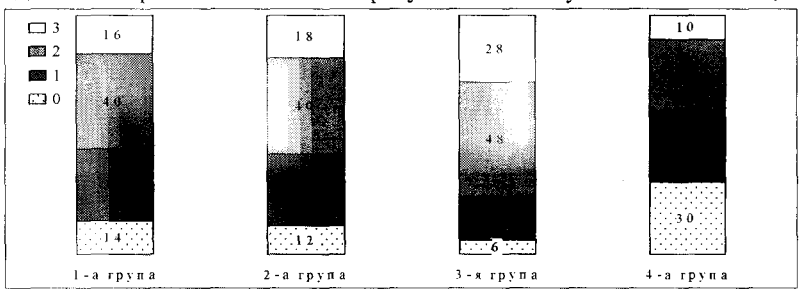

Рис.1. Ефективність лікування хворих на ІХС з супутнім ХГН через рік спостереження.
Примітка. 0 - погіршення, 1 - без ефекту, 2 - поліпшення, 3 - значне поліпшення.

У представників 1-ї і 2-ї груп "значне поліпшення" спостерігали у 16 і 18% пацієнтів відповідно, в той час, як "поліпшення" було встановлено у 40 і 40% відповідно. Виявилася також однаковою і

частота категорії "без змін" (у 30 і 30% відповідно). "Погіршення" у представників 1-ї і 2-ї груп також зустрічалося практично з однаковою частотою - у 14 і 12% відповідно. Найкращі результати (у 28% хворих 3-ї групи) отримано при комбінуванні антиангінального лікування з ліпосомальними препаратами і ІНБГТ, а найгірші - при використанні лише стандартних медикаментозних засобів (4-а група спостереження).

Як виявилося, в 4-ій групі була найвищою (у 34,0% хворих) частота відсотка повторних госпіталізації (табл. 1). Меншою виявилася частота повторних госпіталізацій у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп (у 18,0 і 16,0% хворих відповідно). Між тим, відмінності між 4-ю та 1-ю і 2-ю групами становили 16 і 18% відповідно. Але найнижчий відсоток повторних госпіталізацій був отриманий у хворих 3-ї групи - лише 10,0%.

Таблиця 1

Вплив різних терапевтичних режимів на показники ефективності лікування у хворих на ІХС з супутнім ХГН

Показники ефективності лікування	Групи хворих			
	1-а група (n=50)	2-а група (n=50)	3-я група (n=50)	4-а група (n=50)
Частота повторних госпіталізаій протягом року	8(16,0%)	9(18,0%)	5(10,0%)	17(34,0%)
Дестабілізація стенокардії	5(10,0%)	5(10,0%)	3(6,0%)	10(20,0%)
Прогресування стенокардії	6(12,0%)	5(10,0%)	3(6,0%)	7(14,0%)
Нефатальний інфаркт міокарда	-	-	-	2(4,0%)
Причини смерті хворих:				
- раптова смерть	-	-	-	1(2,0%)
- інсульт	1(2,0%)	-	1(2,0%)	1(2,0%)
- аритмії	2(4,0%)	1(2,0%)	-	2(4,0%)
- ниркова недостатність	1(2,0%)	1(2,0%)	-	3(6,0%)
Переведення на діалізне лікування	1(2,0%)	-		2(4,0%)
Відсоток вижившихчерез рік спостереження	45(90,0%)	45(90,0%)	49(98,0%)	42(84,0%)

Протягом періоду спостереження у представників 4-ї групи значно частіше зустрічали епізоди дестабілізації коронарного кровообігу у вигляді гострого коронарного синдрому.

Прогресування стабільної стенокардії, і, відповідно, збільшення її ФК було наявним у 14,0% хворих 4-ї групи, у 12,0% - 1-ї, у 10,0% - 2-ї і у 6,0% - 3-ї груп. Нефатальний інфаркт міокарда протягом року спостереження перенесли лише 4,0% представників 4-ї групи спостереження.

При аналізі причин смерті хворих було встановлено, що головними серед них були: аритмічна смерть і ниркова недостатність. Між тим, у хворих, які отримували комбіновану терапію ліпосомальних і традиційних засобів та гіпокситерапію таких випадків не було взагалі. Потреба в діалізному лікуванні виникла у 2,0% хворих 1-ї групи і у 4,0% - 4-ї. Найвищий відсоток виживших через рік спостереження становив 98,0% в 3-ій групі і найнижчий - 84% - 4-ій групі спостереження.

При аналізі впливу різних режимів лікування на якість життя досліджених виявилося, що крива, що відбиває показники якості життя у пацієнтів 3-ї групи нагадує аналогічну у здорових (рис.2). Між, тим, порівняно з 3-ю групою, величина більшості досліджених показників у хворих 1-ї і 2-ї груп виявилася надто малою.

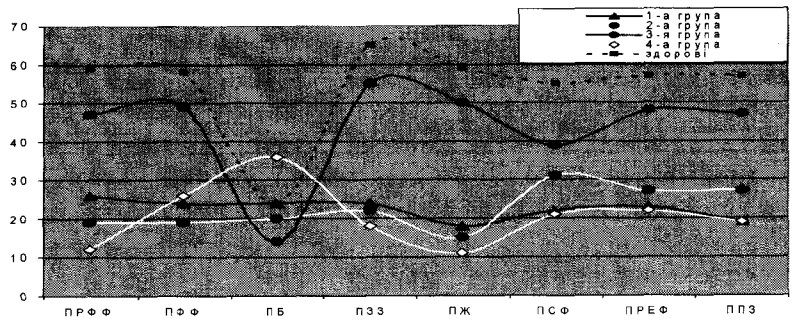

Рис. 2. Показники якості життя хворих на ІХС і ХГН через рік спостереження.
Примітка: показники якості життя: ПРФФ - показник рольового фізичного функціонування; ПФФ - показник фізичного функціонування; ПБ - показник болю; ПЗЗ - показник загального здоров'я; ПЖ - показник життєздатності; ПСФ - показник соціального функціонування; ПРЕФ - показник рольового емоційного функціонування; ППЗ - показник психологічного здоров'я.

Головні патогенетичні ефекти ІНБГТ і ліпосомальних препаратів наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Основні патогенетичні ефекти ІНБГТ і ліпосомальних форм фосфатиділхоліну і кверцетину у хворих на коморбідну ренокардіальну патологію

Патогенетичні ефекти	ІНБГТ	Кверцетин / фосфатиділхолін
Ішемія міокарда	↓	↓
Синтез оксиду азоту	↑	↔
Мікроциркуляція	↑	↑
Гіперагрегація формених елементів крові	↓	↓
Спазм судин	↓	↓
Системний артеріальний тиск	↓	↔
Атерогенез	↓	↓
Активація перекисного окиснення ліпідів	↓	↓
Ренопротекція	?	?
Протеїнурія	↔	↓?
Аутоімунні реакції	?	↔

Примітка. ↑збільшення, ↓ зменшення, ↔ відсутність ефекту, ? - не досліджувався.

Обидва запропоновані режими лікування (і гіпокситерапія і ліпосомальні засоби) за даними літературних джерел володіють протиішемічними властивостями, що саме й має вельми велике значення для пацієнтів на ІХС [3,4]. Між тим, механізми досягнення антиішемічного ефекту у них різні. Якщо метаболітотропні речовини, зокрема, фосфатиділхолін і кверцетин, безпосередньо сприяють зменшенню маніфестної або безболової ішемії міокарду за рахунок впливу на трофічні процеси міокарда, то гіпокситерапії досягає аналогічного ефекту через активацію синтезу оксиду азоту ендотеліоцитами судин. Такий феномен формується впродовж 5-8 сеансів за рахунок впливу на судинну стінку режиму гіпоксія-нормоксія. Наслідком такого впливу є системна і локальна вазодилатація, за рахунок якої досягається не лише зниження системного тиску крові, що є безперечно важним у гіпертензивних хворих на ХГН, але й зростає кровопостачання у гілках вінцевих артерій, в яких превалював спазм над атеросклеротичними змінами. Таким чином, механізми різні, а ефект один. В цьому контексті можна говорити про наявність потенціювання антиангінального

ефекту, який досягається як за рахунок безпосереднього метаболічного впливу, так і за рахунок судинного компоненту.

Висновки

1. Сумісне застосування ІНБГТ з ліпосомальними формами фосфатиділхоліну і кверцетину на тлі традиційного медикаментозного лікування ІХС і ХГН демонструє комплекс позитивних метаболічних, кардіо- і вазопротективних ефектів.

2. Включення в комплексну антиангінальну програму сеансів гіпокситерапії і ліпосомальних форм кверцетину і фосфатиділхоліну сприяє збільшенню ефективності лікувальних заходів, зменшенню частоти повторних госпіталізацій, дестабілізації коронарного кровотоку, гальмуванню прогресування стенокардії та профілактиці синдрому раптової аритмічної смерті.

3. Запропоноване лікування із застосуванням ІНБГТ і ліпосомальних форм фосфатиділхоліну і кверцетину сприяє підвищенню річної виживаності на 14% порівняно з традиційним медикаментозним лікуванням.

4. Ліпосомально-гіпоксичне лікування на тлі прийому традиційних антиангінальних ліків сприяє поступовому поліпшенню окремих показників, що відбивають якість життя (показник болю, рольового фізичного функціонування, загального здоров'я, життєздатності).

Література

1. Дудар І.О. Імунодепресивна терапія гломерулонефриту / О.І. Дудар //Укр. медичний вісник. - 2008. - № 2. - С. 20-26.

2. Клінічна нефрологія: навчальний посібник / За ред. Л.А. Пирога. - Київ: Здоров'я, 2004. - 528 с.

3. Мукашева С.Б. Прогноз и факторы риска сердечно-сосудистых осложнений при хроническом гломерулонефрите / С.Б. Мукашева, Е.А. Мовчан //Клин. медицина. - 2007. - № 2. - С. 15-18.

4. Мухин И.В. Влияние некоторых классов гипотензивных препаратов на 5-летнюю почечную выживаемость больных хроническим мезангиокапиллярным гломерулонефритом / И.В. Мухин //Укр. журнал нефрології та діалізу. - 2005. - Т.7, № 4. - С.38-41.

5. Шилов Е. М. Течение и прогноз мезангиальнопролиферативного гломерулонефрита / Е. М. Шилов, И. Е. Тареева, А. А. Иванов //Тер. архив. - 2002. - Т.74, №6. - С. 11-18.

6. A meta-analysis of the clinical remission rate and long-term efficacy of tonsillectomy in patients with IgA nephropathy / Y. Wang, J. Chen, Ya. Wang [et al.] // Nephrology Dialysis Transplantation. - 2011. - Vol. 26 (6). - P. 1923-1931.

7. Barratt J. Treatment of IgA nephropathy / J. Barratt, J. Feehally //Kidney International - 2006. - Vol. 69. - P. 1934-1938.

8. Maximal glomerular diameter as a 10-year prognostic indicator for IgA nephropathy / H. Kataoka, M. Ohara, K. Honda [et al.] //Nephrology Dialysis Transplantation. - 2011. - Vol.26 (12). - P. 3937-3943.

9. New treatment for IgA nephropathy: enteric budesonide targeted to the ileocecal region ameliorates proteinuria / H.K. Smerud, P. Barany, K. Lindstrom [et al.] //Nephrology Dialysis Transplantation. - 2011. - Vol.26 (10). - P. 3237-3242.

Резюме

Ігнатенко Т.С. *Віддалені результати лікування і якість життя хворих на хронічний гломерулонефрит з супутньою хронічною ішемічною хворобою серця.*

В роботі оцінено віддалені результати і загальну ефективність лікування та визначено якість життя хворих на ішемічну хворобу серця на тлі коморбідного хронічного гломерулонефриту. Найкращі результати лікування отримано на тлі включення в комплексну лікувальну програму гіпокситерапії і ліпосомальних препаратів.

Ключові слова: відділені результати, ефективність лікування і якість життя, хронічний гломерулонефрит, ішемічна хвороба серця.

Резюме

Игнатенко Т.С. *Отдаленные результаты лечения и качество жизни больных хроническим гломерулонефритом с сопутствующей хронической ишемической болезнью сердца.*

В работе оценены отдаленные результаты и общая эффективность лечения, а также проанализировано качество жизни больных ишемической болезнью сердца на фоне коморбидного хронического гломерулонефрита. Наилучшие результаты лечения получены на фоне включения в комплексную лечебную программу гипокситерапии и липосомальных препаратов.

Ключевые слова: отделенные результаты, эффективность лечения и качество жизни, хронический гломерулонефрит, ишемическая болезнь сердца.

Summary

Ignatenko T.S. *Remote results of treatment and quality of life on patients with chronic glomerulonephritis and concomitant with chronic ischemic heart disease.*

Remote results and general efficiency of treatment are in-process appraised, and also quality of living by of patients with ischemic heart disease is appraised on a background comorbiditis with chronic glomerulonephritis. The best results of treatment are got on a background plugging in the complex medical program of hypoxitherapy and liposomal preparations.

Key words: separated results, efficiency of treatment and quality of life, chronic glomerulonephritis, ischemic heart disease.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова