

© Настрога Т.В.

УДК: 616.12 – 008.331.1: 616.24 – 007.63

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ – НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ*

Настрога Т.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статье приведен опыт комплексной терапии больных пожилого возраста с сочетанной патологией – артериальная гипертензия и хроническое обструктивное заболевание легких фиксированным комбинированным препаратом дифорс в сочетании с препаратом, с умеренным транквилизирующим действием - мебикаром на фоне базисной терапии. Предложенная схема терапии способствует более быстрому регрессу клинических симптомов, повышает качество жизни пациентов пожилого возраста с сочетанной патологией - АГ и ХОЗЛ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническое обструктивное заболевание легких, валсартан, амлодипин, мебикар, тревожность.

Вступ

Постаріння населення стало провідною демографічною рисою України. Частка населення 60 років і старше становить 20,3% [1]. Для пацієнтів старших вікових груп характерна висока коморбідна серцево-судинна та бронхолегенева патологія, зокрема поєднання з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією [6]. Поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з ішемічною хворобою серця (ІХС) та артеріальною гіпертензією (АГ), коливається в межах від 6,8 до 72,3%, за даними різних авторів і породжує низку проблем, щодо тактики ведення і лікування таких пацієнтів, як у пульмонології так і в кардіології [2,6].

Аналіз літературних джерел свідчить, що коморбідність ХОЗЛ та АГ спостерігається у 35% випадків, ХОЗЛ у констеляції з супутньою ІХС досягає 62 % у структурі захворюваності старших вікових груп [6].

Лікування гіпертонічної хвороби (ГХ) у людей похилого віку з наявністю множинної супутньої патології внутрішніх органів, часто не досягає бажаних результатів, знижує якість їх життя і залишається актуальною проблемою [1, 2]. Слід враховувати, що до вибору препаратів для лікування пацієнтів з АГ та супутнім ХОЗЛ необхідно ставитися виважено, оскільки деякі антигіпертензивні засоби небажано використовувати у хворих, що страждають на ХОЗЛ. Лікування пацієнтів із наявними факторами ризику, згідно наказу МОЗ України від 24.05.2012р. №384 «Артеріальна гіпертензія», необхідно розпочинати одразу не з монотерапії, а з комбінації декількох препаратів [3]. Використання фіксованих комбінацій препаратів допомагає спростити режим лікування і посилити прихильність пацієнта [5].

В останні роки успішно застосовуються антагоністи рецепторів до ангіотензину- II (АРА) та антагоністи кальцію [3,7]. Таким критеріям, на нашу думку, відповідає препарат комбінований антигіпертензивний препарат діфорс (валсартан /амлодипін) [5], який одночасно діє на різні ланки патогенеза гіпертонічної хвороби (ГХ).

Однак, слід враховувати, що у пацієнтів похилого віку, одним із факторів ризику ускладнень є психосоціальний стресовий вплив зовнішніх чинників. Крім того, тривалий перебіг захворювання у осіб літнього віку, недостатня ефективність лікування, сприяють розвитку високого рівня тривоги. Тревога характеризується відчуттям неспокою, нервозності, напруги, почуттям небезпеки, яке супроводжується активацією вегетативної нервової системи. За даними дослідників, у пацієнтів з артеріальною гіпертензією частота тривожних розладів була в 1,5 рази вище, ніж у осіб з нормальним артеріальним тиском [1]. Тому, в комплексному лікуванні таких хворих доцільно застосовувати препарати, що мають транквілізуючу дію, сприяють зниженню відчуття тривоги. В клінічній практиці, з метою ліквідації астеновегетативного синдрому застосовується препарат мебикар (адаптол), який має помірну транквілізуючу (анксиолітичну) активність, знімає або послаблює відчуття занепокоєння, тривоги, страх, внутрішнє емоційне напруження та роздратування.

Мета дослідження. Підвищити якість життя (ЯЖ) хворих похилого віку з поєднаною патологією на АГ і ХОЗЛ за рахунок застосування на фоні базисної терапії комбінованого антигіпертензивного препарату діфорс та препарату мебикар (адаптол).

Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувало 60 пацієнтів похилого віку на АГ II ст. у поєднанні з ХОЗЛ II ст., гр. В, в стадії неінфекційного загозагострення ЛН II. Середній вік пацієнтів становив 69,6±2,3 років. Період спостереження склав 4 тижні. Діагноз був верифікований на підставі даних фізикального обстеження, загальноклінічного лабораторно-інструментального (рентгенографії ОГК, спірографії, проби з бронхолітиком, ЕКГ, ЕХОКС). У всіх пацієнтів проводили контроль рівню систолического (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ).

Діагноз ХОЗЛ ставили згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я 27.06.2013р. N555 [4]. Вплив ХОЗЛ на якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою САТ – Тесту.[2,5]. Психологічний стан хворих похило-

* Цитування при атестації кадрів: Настрога Т.В. Особливості терапії хворих похилого віку з коморбідною патологією – на артеріальну гіпертензію із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень.// Проблеми екології і медицини. – 2017. – Т. 21, № 1-2. – С. 14–17.

го віку з коморбідною патологією – на АГ і ХОЗЛ оцінювали за допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. При інтерпретації результатів тесту використовуються такі оцінки: менше ніж 30 балів — низька тривожність; 31- 45 балів — помірна тривожність; 46 і більше балів — висока тривожність.

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.

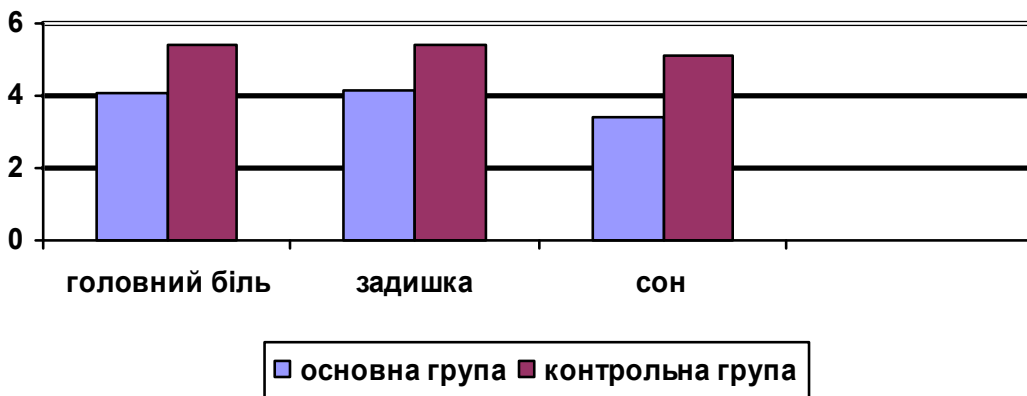
Пацієнти були розподілені на дві групи: першій – контрольній (n=30) - призначали антигіпертензивну терапію - валсартан 160 мг вранці і амлодипін 5 мг ввечері а також муколітики, інгаляційну бронхолітичну та протизапальну терапію, статини, антиагреганти. У другій групі – основній (n=30) в якості антигіпертензивної терапії призначали фіксований препарат Діфорс 160, що містить в одній таблетці (валсартан 160мг/амлодипін 5 мг) 1раз на добу, а також додатково до терапії, з метою лікування тривожних розладів – анксиолітик мебікар 300мг по 1 таблетці 2 рази на день. Групи хворих були співставні за віком та статтю,

а також ступенем дихальної недостатності. Період спостереження склав 1 місяць.

Результати та їх обговорення

Основною скаргою хворих похилого віку з коморбідною патологією – на АГ і ХОЗЛ був головний біль – у 60 хворих (100%), періодичний кашель вранці з відходженням харкотиння в невеликій кількості – у 55 хворих (91,6%), задишку при ходьбі – 53 (89,2%) хворих, задишку в спокої у 7 (10,8)%, запаморочення – у 41 (68%) хворих, шум у вухах – у 38 (64%), поганий сон – 58 (96%). Показники функції зовнішнього дихання у хворих похилого віку на АГ у поєднанні з ХОЗЛ, що були включені у дослідження, свідчили про вентиляційні порушення II ступеню по обструктивному типу (ОФV₁ – $59,5 \pm 2,2$ %, модифікований індекс Тіффно - $49,3 \pm 2,45$ %).

Після проведеної терапії спостерігали позитивну клінічну динаміку у хворих обох груп, але суттєві розбіжності відмічено у термінах регресу основних симптомів захворювання. Так, середні терміни зникнення головного болю у хворих основної групи - $4,1 \pm 0,61$ доби, тоді як у хворих контрольної групи $5,4 \pm 0,48$ діб ($P < 0,05$); задишки - $4,12 \pm 0,44$ доби та $5,3 \pm 0,36$ ($P < 0,05$); нормалізація сну $3,4 \pm 0,33$ та $5,12 \pm 0,41$ доби ($P < 0,05$). Отримані результати подано на мал.1.



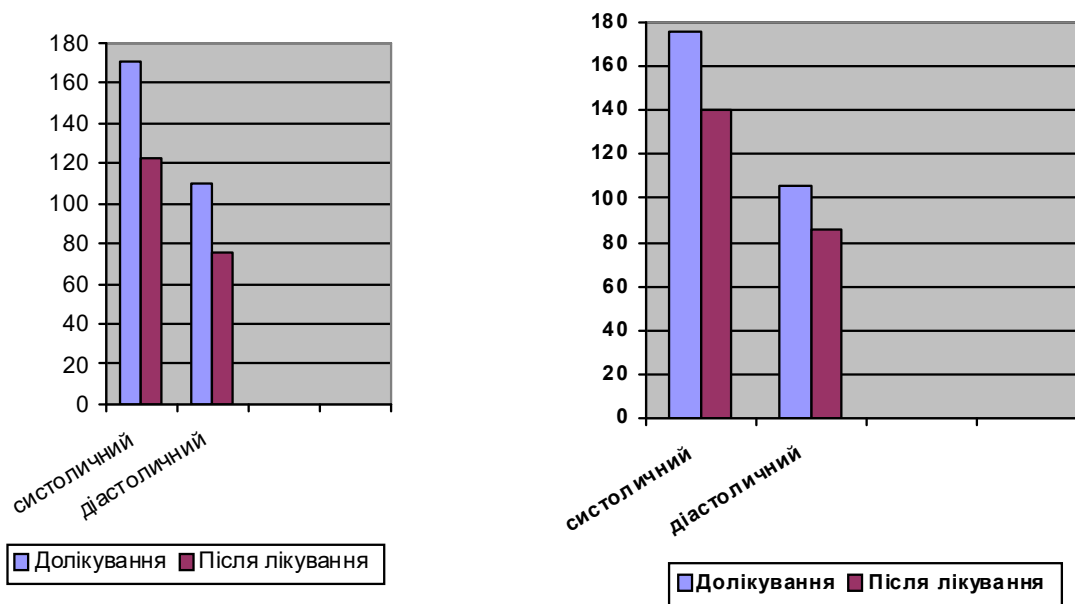
Мал.1 Терміни зникнення основних клінічних симптомів у хворих похилого віку на артеріальну гіпертензію і ХОЗЛ

Аналіз показників функції зовнішнього дихання свідчить, що після терапії у хворих обох груп відмічено не суттєве покращення бронхіальної прохідності. Так, ОФV₁ до лікування у хворих основної групи – $59,2 \pm 1,1$, після проведеної терапії – $61,4 \pm 1,7$ $P > 0,05$; у хворих контрольної групи відповідні показники становили $59,3 \pm 2,11$ %, та $60,2 \pm 2,14$ %, $P > 0,05$.

Отримані результати свідчать, що комплексне лікування хворих похилого віку з коморбідною патологією на АГ і ХОЗЛ з призначенням комбінованого препарату діфорс та транквілізатора мебікар сприяє більш швидкому регресу основних симптомів при цій констеляції захворювань.

Після проведеної комплексної терапії у пацієнтів похилого віку на АГ із супутнім ХОЗЛ відмічено досто-

вірне зниження систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Однак, більш суттєве зниження відмічено у хворих, що отримували комплексну терапію. Так, у хворих основної групи під впливом терапії САТ знизився на 22,8 % ($P < 0,05$), ДАТ - на 19,7% ($P < 0,05$). Тоді, як у хворих контрольної групи, САТ знизився на 17,8% ($P < 0,05$), ДАТ - на 12,8% ($P < 0,05$). Таким чином, комплексна терапія із застосуванням фіксованого комбінованого препарату діфорс та транквілізатора мебікар у хворих похилого віку є більш ефективною про що свідчать більш суттєве зниження артеріального тиску у хворих основної групи. Отримані результати наведено на мал. 2.



Основна група

Контрольна група

Мал. 2. Показники САТ і ДАТ у хворих основної і контрольної групи в процесі лікування.

Таким чином, комплексна терапія хворих похилого віку на АГ із супутнім ХОЗЛ з використанням препаратів діфорс та мебікар є більш ефективною, сприяє підвищенню комплаєнсу терапії - оптимальної прихильності хворих до постійного медикаментозного контролю АТ.

При вивченні психологічного стану хворих похилого віку з коморбідною патологією – на АГ і ХОЗЛ за

допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна високий рівень реактивної тривожності відмічено у 52% хворих, помірний рівень РТ – у 48%. Середні показники реактивної та особистісної тривожності в процесі лікування у хворих основної і контрольної групи подано у табл.1

Табл. 1

Динаміка показників реактивної та особистісної тривожності в процесі лікування у хворих основної і контрольної групи

Група хворих	Реактивна тривожність		Особистісна тривожність	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
контрольна (n=35)	44,7±2,6	37,4±3,1*	36,5±3,12	33,9±2,63
основна (n=35)	45,3±3,4	33,6±2,9*	38,3±3,42	34,5±2,9

* (P<0,05) – достовірність суттєва між показниками до та після проведеного лікування.

З отриманих даних свідчить, що під впливом терапії відмічено більш суттєве зниження рівню реактивної тривожності у групі хворих, що отримували комплексну терапію із застосуванням препаратів діфорс у поєднанні з мебікаром. Так, середній рівень РТ у хворих основної групи до лікування склав 44,7±2,6 бали, після лікування - 37,4±2,6 (P<0,05). У хворих контрольної групи до лікування 45,3±3,4 бали, після лікування 33,6±2,9 (P<0,05). Суттєвих змін рівню особистісної тривожності під впливом терапії у хворих основної і контрольної групи не відмічено. Отримані дані свідчать, що реактивна тривожність є дуже рухливою рисою і при нормалізації соматичного стану хворого характеризується зворотністю, що співпадає з думкою авторів[2]. Тоді як, особистісна тривожність, як властивість особистості, є більш постійною категорією, визначається типом вищої нервової діяльності, темпераментом і набутими стратегіями реагування на зовнішні фактори, вказує на рівень можливостей адапта-

ції пацієнта в суспільному середовищі через прояв стану неспокою [2].

Нами було проведено зіставлення клінічних проявів захворювання з рівнем РТ. Виявлено корелятивну залежність між рівнем РТ і рівнем САТ (r= 512, p=0,006), рівнем РТ і порушенням сну (r=327, p=0,004), рівнем РТ і задишкою (r= 323, p=0,004). На підставі визначення зв'язків між рівнем РТ і клінічними проявами коморбідної патології - АГ у поєднанні з ХОЗЛ у хворих похилого віку, дозволило, на нашу думку, рекомендувати включати до комплексної терапії - препарату мебікар, який знімає або послаблює тривогу, відчуття занепокоєння, внутрішнє емоційне напруження.

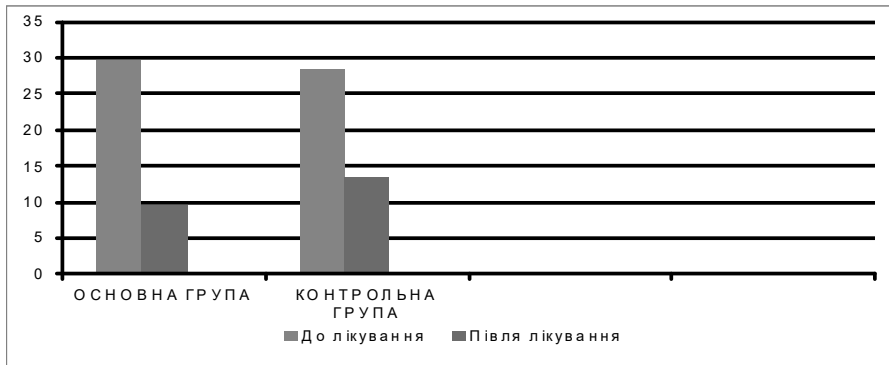
Таким чином, застосування комплексної терапії із застосуванням комбінованого препарату Діфорс 160 1раз на добу та мебікар 300мг по 1 таблетці 2 рази на день у хворих похилого віку з коморбідною патологією – на АГ і ХОЗЛ, сприяє зменшенню тривожних проявів

і усуненню клінічних симптомів в коротші терміни, підвищує ефективність терапії.

Аналіз показників гемодинаміки через 4 тижні після проведеної терапії, свідчив про покращення скоротливості міокарда лівого шлуночка серця у всіх хворих. Однак, у пацієнтів основної групи, відмічено зростання ФВ на 7,9% (з $49,2 \pm 0,75\%$ до $53,1 \pm 1,1\%$) ($P < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи, які отримували стандартну терапію, ФВ зросла на 5,1% з ($50,12 \pm 1,3\%$ до $52,7 \pm 1,22\%$) ($P > 0,05$). Можна припустити, що комплексна терапія з призначенням препарату Діфорс

сприяє більш суттєвому зниженню тиску в легеневій артерії, про що свідчить вірогідне збільшення ФВ та зменшення задишки у порівнянні з хворими контрольної групи [5].

При визначенні ЯЖ у хворих похилого віку з коморбідною патологією - ХОЗЛ і АГ за допомогою САТ – Тесту, було продемонстровано достовірне покращення показників ЯЖ, однак більш суттєвими виявлені зміни у хворих основної групи. Отримані результати подано на мал. 3



Мал. 3. Показники САТ-тесту (в балах) у хворих основної і контрольної групи під впливом терапії

За результатами аналізу даних свідчить, що після проведеного лікування сумарний показник САТ-тесту у хворих основної групи покращився на 71,5 %, тоді як у хворих контрольної - на 49,6% ($P < 0,05$). Таким чином, комплексне лікування хворих похилого віку на АГ і ХОЗЛ із застосуванням комбінованого препарату Діфорс та анкіолітика - мекікару сприяло покращенню якості життя пацієнтів.

Висновки

Комплексна терапія хворих похилого віку на коморбідну патологію - АГ і ХОЗЛ фіксованим комбінованим препаратом Діфорс у поєднанні з анкіолітичним засобом - мекікаром, на фоні базисного лікування, сприяє більш швидкому усуненню основних клінічних проявів та тривожних розладів при цій констеляції захворювань, забезпечує оптимальну прихильність пацієнтів до постійного медикаментозного контролю АТ, сприяє підвищенню ефективності гіпотензивної терапії, покращує якість життя пацієнтів.

Література

1. Актуальні питання геронтології та гериатрії в практиці сімейного лікаря / За ред. академіка НАМН України, професора Ю. В. Вороненка, професора О. Г. Шекери, професора Л. А. Стаднюка. // Навчальний посібник. Київ . – 2015р. – 378с.

2. Матвієць Л.Г. Вплив гіпертонічної хвороби на нервово-психічний стан пацієнтів літнього та старечого віку // Артеріальна гіпертензія. - 2014. - N1(33) - С.24-29.
3. Наказ МОЗ України від 24.05.2012р. №384. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я 27.06.2013р. N555. Хронічне обструктивне захворювання легень. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.
5. Настрога Т.В. Оптимізація лікування коморбідної патології – артеріальної гіпертензії у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень в практиці сімейного лікаря. // Сімейна медицина . – 2015р. - №3(59) – С 95-98.
6. Тодоріко Л.Д. Хронічне обструктивне захворювання легень при ішемічній хворобі серця та артеріальній гіпертензії // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013.- №1 (12). - С. 102-108.
7. Allemann Y., Fraile B., Lambert M., Barbier M., Ferber P., Izzo J.L. Efficacy of the combination of amlodipine and valsartan in patients with hypertension uncontrolled with previous monotherapy: the Exforge in Failure after Single Therapy (EX-FAST) study // J. Clin. Hypertens. (Greenwich), - 2008 – Vol.10(3). – P. - 185–194.