

УДК: 616.12-008.3:616-08-06; 615.036.8.

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119946

КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

© М. В. Починская, Н. И. Яблчанский

Целью работы было оценить изменение клинических признаков пациентов в зависимости от уровня пульсового артериального давления (ПАД) на годовом этапе после имплантации кардиостимуляторов и медикаментозной терапии. Результаты показали улучшение клинической картины, что характеризовалось снижением частоты встречаемости клинических признаков пациентов в низких и в большей мере в высоких классах, сопровождаясь их концентрацией в III классе ПАД

Ключевые слова: постоянная электрокардиостимуляция, классы пульсового артериального давления, клиническая характеристика

1. Введение

Клинические признаки определяют состояние здоровья пациентов, характеризуют качество и продолжительность жизни и зависят от состояния функций органов и систем, в том числе от пульсового артериального давления (ПАД) [1]. Наиболее благоприятным считается ПАД 40–60 мм рт. ст., увеличение и снижение его на 10 мм рт. ст. повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) на 13 %, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 20 % и общую смертность на 15 % [2]. Имплантация постоянного электрокардиостимулятора (ЭКС) применяется для замены естественного водителя ритма при некоторых заболеваниях сердца, не поддающихся медикаментозной терапии [3]. В приведенной работе показано влияние ЭКС на клинические признаки пациентов с различными уровнями ПАД в течение года медикаментозной терапии.

2. Обоснование исследования

Имплантация (ЭКС) применяется у пациентов с нарушениями ритма и проводимости и тяжелыми формами сердечной недостаточности (СН) [3]. Kohno R. et. al. [4] показали меньшее изменение АД при однокамерной септальной стимуляции правого желудочка, в сравнении с апикальной. У пациентов с коморбидной патологией после имплантации ЭКС и медикаментозной терапии отмечается улучшение клинической картины [5]. ЭКС вместе с медикаментозной терапией сказывается не только на уровне ПАД, но и на клиническом состоянии пациентов [6]. Однако влияние медикаментозной терапии на изменение клинических признаков в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС до сих пор не изучено.

3. Цель работы

Оценить изменение клинических признаков пациентов в классах ПАД на годовом этапе медикаментозной терапии после имплантации ЭКС для разработки предложений по контролю артериального давления и коррекции медикаментозной терапии.

4. Материалы и методы исследования

В отделении ультразвуковой и клинко-инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов сердечно-сосудистой системы и мининвазивных вмешательств ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» обследовано 220 пациентов (110 мужчин и 110 женщин), средний возраст которых составил 70 ± 9 лет с приведенными показаниями к имплантации ЭКС (2006–2015 годы): атриовентрикулярная блокада – у 125 пациента, блокада ножек пучка Гиса – у 55, синдром слабости синусового узла – у 51, постоянная форма фибрилляции предсердия (ФП) – у 35, дилатационная кардиомиопатия – у 16.

Критериями исключения являлись: возраст менее 40 лет, наличие сопутствующей стенокардии IV функционального класса (ФК), ХСН IV ФК, стимуляция правого и/или левого желудочков менее 50 %.

До, в ранний период (3–5 дней), через 6 месяцев и 1 год после имплантации и медикаментозной терапии оценивались формы хронической ИБС (ХИБС) – постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), ФК стабильной стенокардии (I–III) [7, 8]; стадии (I–III) и степени тяжести (1–3) артериальной гипертензии (АГ) [8, 9], типы сахарного диабета (СД); ФК (I–III) (NYHA) и стадии ХСН (I–III) по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко [10]; формы ФП (пароксизмальная и персистирующая, постоянная) [11].

САД и ДАД измерялись по методу Короткова с помощью тонометра Microlife BP AGI-20 после 15 минут отдыха. ПАД рассчитывали по формуле: $ПАД = САД - ДАД$ (мм рт. ст.).

Медикаментозная терапия проводилась следующими препаратами и их среднетерапевтическими дозами:

– В01АА антикоагулянты (варфарин 2,5–7,5 мг/сут), в том числе и новые антикоагулянты В01АЕ прямые ингибиторы тромбина – дабигатран этексилат (прадакса 300 мг) и В01АF прямые ингибиторы фактора Ха – ривароксабан (ксарелто 20 мг);

– B01AC антиагреганты (клопидогрель 75 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75-325 мг/сут);
 – C01BD антиаритмические препараты (амиодарон 200–600 мг/сут);
 – C03 диуретики (гидрохлортиазид 12,5–50 мг/сут, фуросемид 40–80 мг/сут, торасемид 2,5–5 мг/сут);
 – C07A блокаторы бета-адренорецепторов (метопролол 100–400 мг/сут, биспролол 5–10 мг/сут, небиволол 2,5–5 мг/сут, карведилол 12,5–50 мг/сут);
 – C08 антагонисты Ca (C08CA дигидропиридиновые производные – амлодипин 5–10 мг/сут, нифедипин 40–80 мг/сут и C08DA фенилалкиламиновые производные – верапамил 120–360 мг/сут);
 – C09A ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл 10–20 мг, лизиноприл 5–10 мг, рамиприл 1,25–5 мг/сут);
 – C09C блокаторы рецепторов ангиотензина II (лозартан 25–50 мг/сут, кандесартан 4–16 мг/сут);
 – C10AA ингибиторы гидроксиметилглутарил коэнзима А редуктазы (симвастатин 10–40 мг/сут, аторвастатин 10–40 мг/сут).

Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД – менее 20 мм рт. ст., II – низкое более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма – 40–60 мм рт. ст., IV – высокое более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм рт. ст.

Во II классе ПАД зарегистрировано 5 (2 %) пациентов, в III – 139 (63 %), в IV – 57 (26 %), в V – 19 (9 %). В I класс ПАД не вошло ни одного пациента. В каждом из классов ПАД изучалась частота встречаемости клинических признаков пациентов на этапах медикаментозной терапии после имплантации ЭКС.

В Microsoft Excel, Statistica формировали и обрабатывали базу данных. Для статистической оценки результатов использовали непараметрические критерии (относительные (р, процент (%)) и средняя ошибка процента (sP)) единицы). Достоверность отличий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента. Ожидаемый результат определялся уровнем достоверности $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

5. Результаты исследования

До имплантации ЭКС ПИКС наблюдался у 15 % пациентов, при этом во II классе ПАД – у 1 %, в III – у 3 %, в IV – у 4 % и в V – у 7 %. С повышением класса ПАД его частота встречаемости увеличивалась в большей мере за счет V класса ПАД. На всем периоде наблюдения после имплантации ЭКС частота встречаемости ПИКС повышалась в III классе за счет её снижения во II, IV и в большей мере в V классах ПАД в ранний период и через 6 месяцев, в IV и V классах ПАД через 1 год (табл. 1).

До имплантации ЭКС стабильная стенокардия наблюдалась у 53,5 %, при этом во II классе ПАД – у 1 %, в III – у 7,5 %, в IV – у 13 % и в V – у 32 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась её частота встречаемости в большей мере в IV и V классах ПАД. На всём периоде наблюдения после имплантации ЭКС частота встречаемости ФК стенокардии повышалась в III классе ПАД за счет сниже-

ния частоты встречаемости I ФК во II и V классах ПАД и I, II, III ФК – в IV классе в ранний период, I ФК – во II, V классе, I, II ФК – в V классе и I, II, III ФК – в IV классе ПАД через 6 месяцев и 1 год после коррекции антигипертензивной терапии (табл. 2).

Таблица 1
 Частоты встречаемости ПИКС в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ПИКС	Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II		0,9±0,6 ^{§*}	0,5±0,5 ^{**}	0,5±0,5 ^{**}	0,5±0,5 [*]
III		3±1	9,5±2 [#]	9,5±2 [#]	11,5±2 [#]
IV		4±1	2±1 [*]	2±1 [*]	1±0,8 ^{**}
V		7±2 [*]	3±1 ^{**}	3±1 ^{**}	2±1 ^{**}

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; ** – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

Таблица 2
 Частоты встречаемости ФК стабильной стенокардии в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ФК стабильной стенокардии	Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	I	0,5±0,5 ^{§**}	0	0	0
	II	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}
	III	0	0	0	0
III	I	3±1	7±1,7 [#]	10±2 [#]	10±2 [#]
	II	4±1	8±2 [#]	10±2 [#]	11±2,1 [#]
	III	0,5±0,5	2,5±1 [#]	1,5±0,9	2,5±1 [#]
IV	I	3±1	1±0,8 [*]	0	0
	II	8±2 [*]	4±1 ^{**}	5±1 [*]	4±1 ^{**}
	III	2±1	0	1±0,8	0
V	I	8±2 ^{§*}	6±1,6 [§]	2±1 ^{§#}	2±1 ^{§#}
	II	16±2 [§]	16±2 [§]	14±2 [§]	13±2 [§]
	III	8±2 [§]	8±2 [§]	8±2 [§]	8±2 [§]

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; ** – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации ЭКС АГ встречалась в 86,8 % случаев, в том числе во II классе ПАД – у 1,8 %, в III – у 9 %, в IV – у 24 %, в V – у 52 %. С повышением класса ПАД увеличивались частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ. При этом I степень АГ не зарегистрирована в V классе ПАД, 3 степень – во II классе, I стадия – ни в одном из классов ПАД на всём периоде наблюдения. С имплантацией ЭКС наблюдалось повышение частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ в III классе за счет

её снижения в остальных классах. Через 1 год после имплантации в частотах встречаемости АГ отмечалось увеличение доли пациентов со II, III стадиями и I, 3, 2 степенями по частоте убывания за счёт перехода из II, IV и V классов ПАД (табл. 3).

Таблица 3

Частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	АГ До ЭКС	Этапы исследования				
		3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС		
II	Стадия	I	0	0	0	0
		II	0,9±0,6 [§]	0,5±0,5 [§]	0,5±0,5 [§]	0,5±0,5 [§]
		III	0,9±0,6* [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]
	Степень	1	0,9±0,6* [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]
		2	0,9±0,6 [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]	0,5±0,5* [§]
		3	0	0	0	0
III	Стадия	I	0	0	0	0
		II	4±1	14,5±2 [#]	11,5±2 [#]	19,5±3 [#]
		III	5±1	10,5±2 [#]	10,5±2 [#]	11,5±2 [#]
	Степень	1	4±1	8,5±2 [#]	6,5±2	15,5±2 [#]
		2	2±1	5,5±2	5,5±2	7,5±2 [#]
		3	4±1	12±2 [#]	11±2 [#]	9±2 [#]
IV	Стадия	I	0	0	0	0
		II	18±3*	12±2	15±2	7±2* [#]
		III	6±2	4±1*	3±1* [#]	3±1* [#]
	Степень	1	21±3*	17±2*	19±3*	19±3
		2	11±2*	8±2	9±2	8±2
		3	7±2	6±2*	5±2*	7±2
V	Стадия	I	0	0	0	0
		II	33±3* ^{§x}	29±3* ^{§x}	29±3* ^{§x}	29±3* ^{§x}
		III	19±3* ^{§x}	16±2* ^{§x}	17±2* ^{§x}	16±2* ^{§x}
	Степень	1	0	0	0	0
		2	21±3* ^{§x}	21±3* ^{§x}	20±3* ^{§x}	19±3* ^{§x}
		3	7±2 ^x	0* ^{§x#}	2±1* ^{§x#}	2±1* ^{§x#}

Примечание: * – p < 0,05 между III и II, IV, V классами ПАД; § – p < 0,05 между IV и II, V классами ПАД; x – p < 0,05 между V и II классами ПАД; # – p < 0,05 – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации СД 2 типа наблюдался у 15 %, при этом в III классе ПАД – у 3 %, в IV – у 5 % и в V – у 7 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась его частота встречаемости за счет IV и V классов ПАД. Во II классе ПАД пациенты с СД зарегистрированы не были на всех этапах наблюдения. На всем периоде исследования после имплантации ЭКС наблюдалась тенденция повышения частоты встречаемости СД в III классе ПАД без статистической значимости различий между группами за счет снижения её в IV и V классах ПАД (табл. 4).

Таблица 4

Частоты встречаемости СД в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	СД	Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	Тип 2	0	0	0	0
III		3±1	4±1	4±1	5±2
IV		5±2	4±1	4±1	4±1
V		7±2*	7±2	7±2	6±2

Примечание: * – p < 0,05 между III и IV, V классами ПАД; § – p < 0,05 между IV и V классами ПАД; # – p < 0,05 – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации ЭКС ХСН встречалась у 84,5 %, при этом во II классе ПАД – у 1,5 %, в III – у 16 %, в IV – у 22 % и в V – у 45 % пациентов. III стадии ХСН не зарегистрировано ни в одном классе ПАД, I ФК – во II классе на всех этапах исследования. После имплантации ЭКС частота встречаемости ХСН повышалась в III классе ПАД за счёт снижения частоты встречаемости стадий во II, IV и V, и ФК – в IV и V классах ПАД. К концу периода наблюдения во II классе ПАД отмечалась тенденция снижения без статистической значимости между группами II В стадии, в IV – I, II и III ФК в V – II А, II В стадии и I, II, III ФК ХСН при статистически значимом повышении в III классе ПАД II А, II В стадии и I, II, III ФК ХСН. Во II классе ПАД не изменилась II А стадия II, III ФК ХСН, в III – I стадия, в IV – I, II А, II В стадия, в V – I стадия ХСН (табл. 5).

До имплантации ЭКС пароксизмальная и персистирующая формы ФП наблюдались у 14,5 %, при этом в III классе ПАД – у 0,5 %, в IV – у 5 % и в V – у 9 % пациентов; постоянная форма ФП – у 16 %, в III классе ПАД – у 2 %, в IV – у 2 % и в V – у 12 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась частота встречаемости ФП, за счет IV и в большей степени V классов ПАД. Во II классе ПАД пациенты с постоянной, персистирующей и пароксизмальной формой ФП зарегистрированы не были. На всех этапах после имплантации ЭКС отмечалось повышение частоты встречаемости всех форм ФП в III классе ПАД за счет её снижения в IV и V классах ПАД в ранний период и через 6 месяцев, и в меньшей степени в IV и в большей степени в V классах ПАД через 1 год после поддерживающей медикаментозной терапии (табл. 6).

Таблица 5
Частоты встречаемости стадий и ФК ХСН в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ХСН До ЭКС	Этапы исследования				
		3-5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС		
II	Стадия	I	0	0	0	0
		II A	0,5±0,5*§×	0,5±0,5*§×	0,5±0,5*§×	0,5±0,5*§×
		II B	1±0,8*	0,5±0,5**	0,5±0,5**	0,5±0,5*§×
		III	0	0	0	0
	ФК	I	0	0	0	0
		II	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×
III	Стадия	I	9±2	13±2	13±2	9±2
		II A	5±2	11±2	9±2	10±2#
		II B	2±1	7,5±2#	5,5±2	4,5±1#
		III	0	0	0	0
	ФК	I	0,5±0,5	1±1	3,5±1#	8,5±2#
		II	5±2	13±2#	9±2	16±2#
IV	Стадия	I	3±1*	0	0	3±1*
		II A	16±2*	12±2	14±2*	16±2*
		II B	3±1	2±1*	2±1	3±1
		III	0	0	0	0
	ФК	I	3±1	0	1±1	1±1*
		II	13±2*	10±2	11±2	8±2*#
V	Стадия	I	0,9±0,6*	0	0	0,9±0,6*
		II A	30±3*§	28±3*§	28±3*§	25±3*§
		II B	14±2*§	10±2§	12±2*§	12±2*§
		III	0	0	0	0
	ФК	I	7±2*§	5±2*§	5±2§	2±1*#
		II	25±3*§	20±3*§	23±3*§	19±3§
III	I	20±3*§	18±3*§	18±3*§	17±2*§	

Примечание: * – p < 0,05 между III и II, IV, V классами ПАД; § – p < 0,05 между IV и II, V классами ПАД; × – p < 0,05 между V и II классами ПАД; # – p < 0,05 – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

Таблица 6
Частоты встречаемости форм ФП в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ФП	Этапы исследования			
		До ЭКС	3-5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	Пароксизмальная и персистирующая	0	0	0	0
	Постоянная	0	0	0	0
III	Пароксизмальная и персистирующая	0,5±0,5	3,5±1#	3,5±1#	7,5±2#
	Постоянная	2±1	4±1	4±1	7±2#
IV	Пароксизмальная и персистирующая	5±2*	3±1	3±1	2±1*
	Постоянная	2±1	2±1	2±1	1±0,8*
V	Пароксизмальная и персистирующая	9±2*	8±2*§	8±2*§	5±2
	Постоянная	12±2*§	10±2*§	10±2*§	8±2§

Примечание: * – p < 0,05 между III и IV, V классами ПАД; § – p < 0,05 между IV и V классами ПАД; # – p < 0,05 – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

5. Обсуждение результатов исследования

Приведенные данные о высоких частотах встречаемости АГ, ХСН и стабильной стенокардии и меньших – ФП, ПИКС и СД 2 типа, соответствующих высоким классам ПАД до имплантации ЭКС косвенно подтверждаются исследованиями, где клинические признаки были изучены в отношении продолжительности интервала QTc [12], ФК ХСН [13] и классов QRS комплекса [14].

Найденное снижение частоты встречаемости ПИКС, стабильной стенокардии, АГ, СД, ХСН и ФП в высоких и низких классах ПАД за счёт её повышения в нормальном классе на всём периоде исследования косвенно соответствует данным [13], где, однако, классы ПАД изучены не были.

Полученное более значимое снижение частоты встречаемости клинических признаков в IV и V классах ПАД через год после имплантации ЭКС объясняется повышением антигипертензивной терапии пациентов, оптимизацией параметров стимуляции и улучшением насосной функции

сердца, что косвенно подтверждается в исследованиях [12].

Представленные результаты свидетельствуют об эффективности менеджмента пациентов после имплантации ЭКС, сопровождающейся улучшением клинической картины, однако, требуется более тщательный медикаментозный контроль в IV и V классах ПАД.

6. Выводы

1. До имплантации ЭКС большие частоты встречаемости АГ (86,8 %), ХСН (84,5 %), стабильной стенокардии (53,5 %) и меньшие – ФП (30,5 %), ПИКС (15 %) и СД 2 типа (15 %) ассоциируются с IV и V классами ПАД.

2. Имплантации ЭКС вместе с медикаментозной терапией способствуют улучшению клинической картины пациентов с нефизиологическим уровнем ПАД, сопровождаясь их концентрацией в III классе ПАД.

3. Необходима коррекция медикаментозной поддержки у пациентов в IV и V классах ПАД.

Литература

1. Selvaraj, S. Pulse Pressure and Risk for Cardiovascular Events in Patients With Atherothrombosis [Text] / S. Selvaraj, P. G. Steg, Y. Elbez, E. Sorbets, L. J. Feldman, K. A. Eagle et. al. // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2016. – Vol. 67, Issue 4. – P. 392–403. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.084
2. Walton, M. K. Clinical Outcome Assessments: Conceptual Foundation–Report of the ISPOR Clinical Outcomes Assessment – Emerging Good Practices for Outcomes Research Task Force [Text] / M. K. Walton, J. H. Powers, J. Hobart, D. Patrick, P. Marquis, S. Vamvakas et. al. // *Value in Health*. – 2015. – Vol. 18, Issue 6. – P. 741–752. doi: 10.1016/j.jval.2015.09.2863
3. Brignole, M. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy [Text] / M. Brignole, A. Auricchio, G. Baron-Esquivias et. al. // *European Heart Journal*. – 2013. – Vol. 34, Issue 29. – P. 2281–2329. doi: 10.1093/eurheartj/eh150
4. Kohno, R. Effects of right ventricular pacing sites on blood pressure variation in upright posture: a comparison of septal vs. apical pacing sites [Text] / R. Kohno, H. Abe, H. Nakajima, K. Hayashi, Y. Oginosawa, D. G. Benditt // *Europace*. – 2016. – Vol. 18, Issue 7. – P. 1023–1029. doi: 10.1093/europace/euv298
5. Yang, H. Efficacy of Medication Directed by Home-Monitoring Cardiac Resynchronization Therapy in Chronic Heart Failure Patients [Text] / H. Yang, F. Zhang, X. Peng, D. Zhao, J. Peng // *Chinese Medical Sciences Journal*. – 2014. – Vol. 29, Issue 1. – P. 61–62. doi: 10.1016/s1001-9294(14)60028-6
6. Ellims, A. H. Restoration of blood pressure control with pacemaker implantation in a patient with bradycardia and resistant hypertension: A case report [Text] / A. H. Ellims, J. A. Mariani, M. P. Schlaich // *International Journal of Cardiology*. – 2013. – Vol. 167, Issue 2. – P. e38–e40. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.03.080
7. Fihn, S. D. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease [Text] / S. D. Fihn, J. M. Gardin, J. Abrams, K. Berra, J. C. Blankenship, A. P. Dallas et. al. // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2012. – Vol. 60, Issue 24. – P. e44–e164. doi: 10.1016/j.jacc.2012.07.013
8. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих [Текст] / ред. В. М. Коваленко, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренко. – Київ: ПП ВМБ, 2007. – 128 с.
9. Mancia, G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension [Text] / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redón, A. Zanchetti, M. Böhm et. al. // *Journal of Hypertension*. – 2013. – Vol. 31, Issue 7. – P. 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
10. Воронков, Л. Г. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності Асоціації кардіологів України та Української асоціації фахівців із серцевої недостатності [Текст] / Л. Г. Воронков, К. М. Амосова, А. Е. Баргій та ін. // *Український кардіологічний журнал*. – 2013. – С. 6–44.
11. January, C. T. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline 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 Heart Rhythm Society [Text] / C. T. January, L. S. Wann, J. S. Alpert, H. Calkins, J. E. Cigarroa, J. C. Cleveland et. al. // *Circulation*. – 2014. – Vol. 130, Issue 23. – P. 2071–2104. doi: 10.1161/cir.0000000000000040
12. Мальцева, М. С. Класс продолжительности интервала QT и эффективность врачебной поддержки пациентов в первый год имплантации электрокардиостимулятора [Текст] / М. С. Мальцева // *Yale Review of Education and Science*. – 2015. – № 1 (16). – С. 552–558.
13. Коломицева, І. М. Функціональний клас хронічної серцевої недостатності та основні серцево-судинні стани у пацієнтів із імплантованими електрокардіостимуляторами на річному етапі апаратної і медикаментозної оптимізації [Текст] /

І. М. Коломицева, Д. С. Волков, Д. О. Лопін, М. І. Яблунський // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, № 3 (51). – С. 136–140.

14. Шанина, И. В. Класс продолжительности комплекса QRS и клинические особенности пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией [Текст] / И. В. Шанина // Український кардіологічний журнал. Додаток. Матеріали 15 національного конгресу кардіологів України. – 2014. – № 4. – С. 188–189.

Дата надходження рукопису 26.10.2017

Починская Марина Владимировна, аспирант, ассистент, кафедра внутренней медицины, Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, пл. Свободы, 4, г. Харьков, Украина, 61022
E-mail: yourzemer@gmail.com

Яблунський Николай Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры, кафедра внутренней медицины, Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, пл. Свободы, 4, г. Харьков, Украина, 61022
E-mail: mydoctorlife@gmail.com

УДК 616.248+616.24-007.272-036.12.036:613.84-02

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119938

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ, ЩО ОБТЯЖУЮТЬ КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ПОРУШУЮТЬ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

© Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, К. В. Назаренко, С. Г. Опімах

В статті досліджено фактори, що обтяжують клінічний перебіг та порушують якість життя хворих на хронічну бронхообструктивну патологію. Практичні висновки даної роботи відповідають впровадженню рекомендацій щодо лікування хворих на сполучену бронхообструктивну патологію: це ефективна проти-запальна та бронхолітична терапія з особливим акцентом на своєчасне виявлення та адекватне лікування суттєвої патології

Ключові слова: сполучена бронхообструктивна патологія, важкий перебіг, задишка, якість життя

1. Вступ

Вивчення особливостей поєднаного перебігу бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) – астма-ХОЗЛ поєднання (АХП) стало одним з найцікавіших напрямків дослідження бронхообструктивних захворювань в останні роки. Значна увага приділяється як рисам клінічного перебігу і коморбідним станам, так і патогенетичним механізмам запалення та порушень функції зовнішнього дихання. Ведеться пошук індивідуально найкращих варіантів терапії при різних фенотипах даної сполученої патології, оприлюднено багато класичних статистичних результатів з оцінки параметрів, що вивчаються [1, 2].

Дещо менше доступно даних щодо так званих клінічних результатів або наслідків АХП, які є фундаментальною категорією клінічної епідеміології та пов'язані з клінічно важливими для пацієнта подіями. Це такі клінічні явища, як смерть, наявність захворювання, дискомфорт, інвалідизація, незадоволення якістю життя [3].

Для пересічного хворого з АХП клінічно важливими є насамперед, симптоми захворювання. Так задишка та асоційовані з нею почуття задухи і неста-

чі повітря яка безпосередньо спричинює страждання пацієнта, так і опосередковано знижує толерантність до фізичного навантаження (інвалідизація). При поєднанні задишки з іншими притаманними для АХП симптомами (кашель, продукція мокроти, утруднене виведення мокроти) не тільки обмежується денна активність, але порушується сон хворого, що в сумі порушує якість його життя [4, 5].

2. Обґрунтування дослідження

Для оцінки задишки та симптомів ХОЗЛ впроваджено універсальні опитувальники з чіткими градаціями їх ступеню тяжкості. Задишка є комплексним суб'єктивним відчуттям, важливим симптомом респіраторних та серцево-судинних захворювань [6]. Для оцінки симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує декілька валідизованих опитувальників. GOLD пропонує застосовувати Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки mMRC та тест з оцінки ХОЗЛ (CAT) [7]. Модифікована шкала задишки добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я [8].

Шкала включає в себе 5 тверджень, які містять весь спектр легеневої недостатності від 0 (немає задишки) до 4 (максимально виражена задишка).