

Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка: метод, рекомендации / В.Н.Чернобровый. - Винница, 1991. - 19 с.

Demir I.E. Pain mechanisms in chronic pancreatitis: of a master and his fire /

I.E.Demir, E.Tieftrunk, M.Maak, [et al.] //Langenbecks Arch. Surg. - 2011. Vol.396(2). - P. 151-60.

Di Mola F.F. Pain and pain generation in pancreatic diseases /F.F.Di Mola, P.Di Sebastiano //Am. J. Surg. - 2007. - Vol.194. - P. 65-70.

Fosnocht D.E. Measuring Pain Intensity in the Emergency Department: Correlation of a Numeric Rating Scale with a Visual Analog Scale / D.E.Fosnocht, J.M.Dahle, E.R.Swanson //Acad. Emerg. Med. - 2003. - Vol.10, №5. - P. 484.

Феджага И.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

Резюме. В статье освещена качественная и количественная характеристика болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом в зависимости от кислотопродуцирующей функции желудка. Определено, что для больных хроническим панкреатитом с гиперацидным синдромом характерна приступообразная боль с преимущественной локализацией в эпигастрии и правом подреберье, высокая интенсивность боли, уменьшение интенсивности боли в первую половину ночи и увеличение во вторую половину ночи. Рост интенсивности боли у больных хроническим панкреатитом с выраженной и умеренной желудочной гиперацидностью в ночное время обусловлено недостаточным ночным ощелачиванием желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: хронический панкреатит, болевой синдром, внутрижелудочная pH-метрия.

Fedzhaga I. V.

CHARACTERISTICS OF PAIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS DURING EXACERBATION

Summary. The qualitative and quantitative description of pain in patients with chronic pancreatitis, depending on the acid-function of the stomach is covered in the article. Determined that patients with chronic pancreatitis with hyperacid syndrome are characterized by paroxysmal pain localized preferentially in the right upper quadrant and epigastric pain, high pain intensity, decrease in pain intensity in the first half of night and the increase in the second half of night. Increase in the intensity of pain in chronic pancreatitis patients with severe and moderate gastric hyperacidity at night is determined by the lack of night alkalinization of stomach and duodenum.

Key words: chronic pancreatitis, pain, intragastric pH-metry.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2012р.

© Шлапак І.П., Міщук І.І., Бевз Г.В., Титаренко Н.В.

УДК: 616.981.551-08

Шлапак І.П., Міщук І.І., Бевз Г.В., Титаренко Н.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 з курсом анестезіології та інтенсивної терапії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХВОРИХ НА ПРАВЕЦЬ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ

Резюме. Проаналізовані історії хвороби 157 хворих на правець важкого ступеня за 1980-2010 рр. Продемонстровано, що найбільш клінічно значущими ускладненнями захворювання є госпітальна пневмонія (55,4%), котра є основною безпосередньою причиною смерті цих хворих в пізніх термінах захворювання. Уточнена значущість основних факторів ризику розвитку пневмонії у хворих з важким правцем.

Ключові слова: правець, госпітальна пневмонія, наслідки лікування, фактори ризику.

Вступ

В Україні, як і в усьому світі, правець залишається серйозною проблемою громадської охорони здоров'я, і це пов'язано, насамперед, з високим коефіцієнтом летальності від 6% до 72% [Otero-Maldonado et al., 2011; Marulappa et al., 2012]. У країнах, що розвиваються, і у яких обмежені можливості до проведення пролонгованої тривалої інтенсивної терапії та штучної вентиляції легень (ШВЛ), смертність від тяжких форм правця перевищує 50%, при цьому раптова зупинка серця, дихальна недостатність та інфекційні легеневі ускладнення є головними причинами смерті [Younas et al., 2009; Bankole et al., 2012].

Госпітальна пневмонія, в тому числі вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП), займає 2-е місце в структурі госпітальних інфекційних ускладнень [Bassetti et al.,

2012]. Так, згідно даних багатоцентрового дослідження EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care, 1992 р., 17 країн Європи, 1417 ВАІТ, 9565 пацієнтів): 46,9% всіх інфекційних ускладнень склали пневмонії [Vincent, 2000]. В. Barsic та співавт. (1999) повідомляють, що ВАП частіше спостерігалася у пацієнтів з правцем (55,1%), ніж у пацієнтів з іншими неврологічними інфекціями (26,6%) [Barsic et al., 1999]. Тривале перебування хворого в стаціонарі, використання ШВЛ, а також проведення багатьох інвазивних медичних процедур (катетеризації вен, трахеостомія і т. ін.) часто супроводжується бактеріємією, аспірацією вмісту ротоглотки, появою додаткових шляхів інфікування дихальних шляхів (рівень доказовості І).

Розвиток пневмонії суттєво пролонгує ШВЛ [Ashraf,

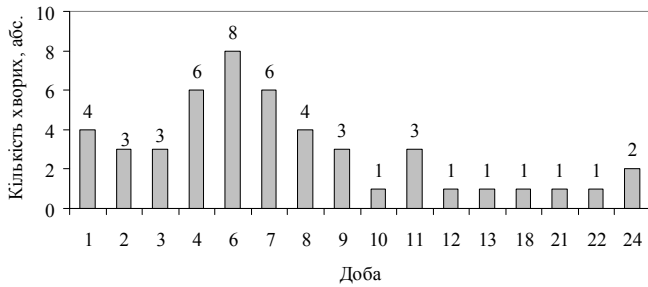


Рис. 1. Частота госпітальної пневмонії за результатами аутопсій та терміни її розвитку.

Ostrosky-Zeichner, 2012], істотно збільшує тривалість перебування пацієнта у ВАІТ [Яковлева, Ільченко, 2012; Dalhoff et al., 2012], а також асоціюється з високою летальністю, котра складає від 20 до 50%. При цьому в 33 - 70% летальні наслідки безпосередньо пов'язані з госпітальною пневмонією.

Мета роботи - проаналізувати частоту госпітальної пневмонії у хворих з правцем важкого ступеня та ідентифікувати найбільш значущі фактори ризику розвитку госпітальної пневмонії у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 157 хворих, котрі лікувались з приводу правця важкого ступеня у ВАІТ Вінницької, Житомирської та Хмельницької обласних клінічних лікарень в 1980 - 2010 рр.

Вік хворих склав від 28 до 86 років (в середньому - $64,81 \pm 11,43$); жінок було 115 (73,2%), чоловіків - 42 (26,8%) (співвідношення 2,7 : 1). Критеріями включення в дослідження були: 1) вік від 18 років; 2) верифікований діагноз правця при наявності тризму та/або м'язової ригідності; 3) наявність критеріїв важкого правця за шкалою Ablett J.L. (1967). Тривалість лікування у ВАІТ становила у середньому $12,79 \pm 13,34$ днів. Померли 114 (72,6%) хворих.

Для ідентифікації найбільш значущих факторів ризику госпітальної пневмонії, всі пацієнти були розділені на 2 підгрупи: першу склали пацієнти (n=87), у яких перебіг правця ускладнився розвитком пневмонії, другу - пацієнти без пневмонії (n=70). Проведено аналіз наступних параметрів: вік, стать, супутня патологія, якісні та кількісні показники важкості стану пацієнтів на момент їх поступлення у ВАІТ, лікувальні заходи, три-

валість ШВЛ, строки виникнення та частота пневмонії.

Госпітальна пневмонія діагностувалась на основі критеріїв ATS (American Thoracic Society, 1996). Для оцінки ролі пневмонії в танатогенезі у пацієнтів з важкими формами правця ми провели вивчення результатів аутопсій 109 померлих. Патоморфологічними критеріями пневмонії у випадках смерті пацієнта вважались наявність скупчення поліморфноядерних лейкоцитів в бронхіолах та суміжних з ними альвеолах. Статистичну обробку дослідження виконували у статистичних пакетах SPSS 13 (©SPSS Inc.).

Результати. Обговорення

Відповідно до критеріїв діагностики пневмонія виявлена у 87 (55,4%) з 157 госпіталізованих у ВАІТ хворих на правець важкого ступеня в середньому на $7,63 \pm 5,84$ (95% ДІ: [5,93 - 9,32]) добу лікування у ВАІТ, з них 70,1% (61/87) пацієнтів проводилась ШВЛ. За даними аутопсій, пневмонія у хворих на правець є найбільш частим ускладненням захворювання (рис. 1).

З 87 пацієнтів з пневмонією чоловіків було 20 (23,0%), з них 15 було у віці 56 років і старше, жінок - 67 (77,0%), з них 63 у віці 56 років та старше. Частота виявлення пневмонії достовірно не відрізнялась серед чоловіків та жінок. Середній вік хворих з пневмонією був достовірно вищим ($66,42 \pm 10,26$ проти $62,8 \pm 12,53$ років; $p=0,048$) з достовірною частотою розвитку пневмонії в групах пацієнтів вікових категорій 56 років та старше (89,7% проти 74,3%; ВШ: 3,0; ДІ: [1,25-7,19], $p=0,011$) (табл. 1).

Характеристика пацієнтів з пневмонією та без пневмонії за вихідним статусом відображена в таблиці 2.

Виходячи з даних таблиці 2, госпітальна пневмонія частіше розвивається у пацієнтів, що мали на момент госпіталізації у стаціонар дихальні розлади (ВШ: 7,18; ДІ: [2,89 - 17,83]), лейкоцитоз $?10$ Г/л (ВШ: 2,92; ДІ: [1,21 - 7,08]) та паличкоядерні лейкоцити $?10\%$ (ВШ: 2,78; ДІ: [1,04 - 7,45]), $p<0,05$ відповідно.

Важливим фактором розвитку пневмоній у хворих на правець слід вважати й зниження фізичної активності під час перебування у ВАІТ, що має місце у переважній більшості цих хворих. Гіподинамія хворих асоціюється з порушенням вентиляції, схильності до ателектазів та легеневого застою, що, безсумнівно, створює фон для виникнення пневмонії.

Таблиця 1. Демографічна характеристика груп пацієнтів.

Демографічні фактори	З пневмонією (n=87)	Без пневмонії (n=70)	Відношення шансів та довірчий інтервал (95%)	p
	абс. (%)	абс. (%)		
Стать				
Чоловіки	20 (23,0%)	22 (31,4%)	1,54 [0,75-3,12]	0,235
Жінки	67 (77,0%)	48 (68,6%)		
Вік (роки)				
≤55	9 (10,3%)	18 (25,7%)	3,0 [1,25-7,19]	0,011
> 55	78 (89,7%)	2 (74,3%)		
Середні значення, M±σ	$66,42 \pm 10,26$	$62,8 \pm 12,53$	-	0,048

Таблиця 2. Клінічні та лабораторні дані, включені в модель логістичної регресії.

Клінічні параметри	З пневмонією (n=87)	Без пневмонії (n=70)	Відношення шансів та довірчий інтервал (95%)	p
	абс. (%)	абс. (%)		
Розлади дихання	80 (92,0%)	43 (61,4%)	7,18 [2,89-17,83]	0,001
Гіпертермія	25 (28,7%)	18 (25,7%)	1,17 [0,57-2,37]	0,673
Тахікардія (ЧСС > 100 уд. за хв.)	75 (86,2%)	55 (78,6%)	1,71 [0,74-3,29]	0,211
Гіпотензія (АТсист. <90 мм рт. ст.)	21 (24,1%)	14 (20,0%)	1,27 [0,59-2,73]	0,54
Гіпотензія (АТдіаст. <60 мм рт. ст.)	29 (33,3%)	19 (27,1%)	1,34 [0,67-2,68]	0,40
Лейкоцитоз ≥ 10 Г/л	23 (26,4%)	8 (11,4%)	2,92 [1,21-7,08]	0,017
Паличкоядерні лейкоцити $\geq 10\%$	18 (20,7%)	6 (8,6%)	2,78 [1,04-7,45]	0,036

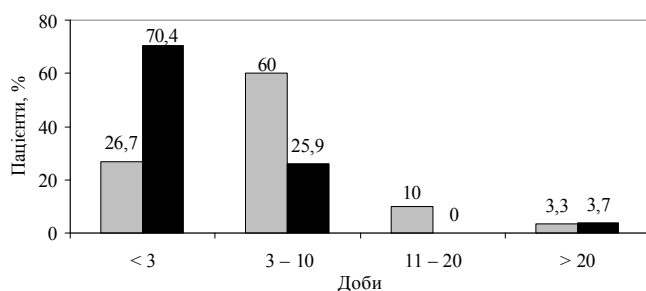


Рис. 2. Тривалість штучної вентиляції легень та частота розвитку пневмонії.

При порівнянні груп пацієнтів з пневмонією та без пневмонії, кількість хворих, котрі мали супутні захворювання складала: ІХС 54 (62,1%) та 28 (40%) (ВШ: 2,46; ДІ: [1,29 - 4,68]), ХОЗЛ 16 (18,4%) та 4 (5,7%) (ВШ: 3,72; ДІ: [1,18 - 11,69]) - $p=0,006$ та $p=0,018$ відповідно. Хронічними захворюваннями легень визначають схильність до виникнення різних інфекцій, насамперед до пневмоній, через порушення дренажної функції трахеобронхіального дерева в умовах імунодефіцитного стану. Достовірного впливу інших супутніх захворювань на розвиток госпітальної пневмонії виявлено не було ($p>0,05$).

Частота розвитку пневмонії у пацієнтів, яким проводилась протекція дихальних шляхів, є значно вищою, ніж у пацієнтів, котрим не проводилась інтубація трахеї (57,5% проти 42,9%; ВШ: 1,8; ДІ: [0,95 - 3,4]) та трахеостомія (49,4% проти 30%; ВШ: 2,28; ДІ: [0,18 - 4,42]), $p<0,05$. Також достовірно вищою була частота розвитку

госпітальної пневмонії у пацієнтів, яким проводилась бронхоскопія (46,0% проти 7,1%; ВШ: 9,08; ДІ: [3,56 - 23,17]), $p<0,001$.

За нашими даними, пневмонія частіше розвивається у пацієнтів, яким проводили ШВЛ (70,1% проти 37,1%; ВШ: 5,5; ДІ: [2,88 - 10,54]), $p<0,001$. Тривалість ШВЛ була в межах 24 години - 32 доби (в середньому - $5,18 \pm 5,95$ діб). Ми дослідили зв'язок між тривалістю ШВЛ та частотою розвитку пневмонії (рис. 2). Як видно з діаграми, у пацієнтів, котрі знаходяться на тривалій ШВЛ, частота розвитку пневмонії значно перевищувала таку у пацієнтів, яким ШВЛ проводили менше 3 діб ($p<0,05$). Проведення тривалої ШВЛ являється одним з важливих факторів, котрі сприяють розвитку госпітальної пневмонії (прямий кореляційний зв'язок між частотою виникнення нозокоміальної пневмонії та контамінацією умовно-патогенною мікрофлорою окремих вузлів апаратів для ШВЛ), що повинно визначати як заходи, спрямовані на попередження інфікування та розвитку цього серйозного ускладнення, так і тактику (профілактичного?) використання адекватних антибіотиків.

Таким чином, згідно результатів однофакторного аналізу було ідентифіковано дев'ять факторів, що асоціюються з розвитком госпітальної пневмонії у хворих на правець. Ці перемінні були включені у логістичну регресійну модель, де госпітальна пневмонія слугувала залежною перемінною. Дані представлені в таблиці 3 та відображені у відношеннях шансів ризику.

Згідно результатів проведеного аналізу виділені

Таблиця 3. Уніваріантний та мультіваріантний регресійний аналіз факторів ризику розвитку госпітальної пневмонії у хворих на правець.

Фактор ризику	З пневмонією (n=87)	Без пневмонії (n=70)	Уніваріантний аналіз		Мультіваріантний аналіз	
	абс. (%)	абс. (%)	ВШ [95% ДІ]	p	ВШ [95% ДІ]	p
Вік > 55 років	78 (89,7%)	52 (74,3%)	3,0 [1,25-7,19]	0,011	2,92 [1,99-3,66]	0,017
Хронічні обструктивні хвороби легень	16 (18,4%)	4 (5,7%)	3,72 [1,18-11,69]	0,018	2,73 [1,68-4,01]	0,035
Розлади дихання	80 (92,0%)	43 (61,4%)	7,18 [2,89-17,83]	0,001	6,69 [4,4-10,97]	0,009
Бронхоскопія	40 (46,0%)	6 (8,6%)	9,08 [3,56-23,17]	<0,001	6,27 [2,22-9,52]	0,003
ШВЛ > 48 год.	61 (70,1%)	26 (37,1%)	5,5 [2,88-10,54]	<0,001	2,18 [1,24-3,29]	0,04

наступні незалежні фактори, що асоціюються з розвитком госпітальної пневмонії у хворих на правець: вік старше 55 років (ВШ: 2,92; ДІ: [1,99 - 3,66]), наявність хронічних обструктивних захворювань легень (ВШ: 2,73; ДІ: [1,68 - 4,01]), наявність генералізованих м'язових спазмів з розладами дихання (ВШ: 6,69; ДІ: [4,4 - 10,97]), проведення бронхоскопій (ВШ: 6,27; ДІ: [2,22-9,52]) та тривалість ШВЛ понад 48 годин (ВШ: 2,18; ДІ: [1,24 - 3,29]) (табл. 3).

Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з правцем, ускладненим пневмонією, становила 35,71±15,76 діб, тобто у 1,5 рази більше, ніж за відсутності пневмонії (23,08±11,31 діб, $p=0,015$). Летальність у хворих з правцем при наявності госпітальної пневмонії складала 70,2%, порівняно з 16,3% у хворих без пневмонії (ВШ: 12,1; ДІ: [4,9 - 29,87]) і перевищувала летальність пацієнтів з іншими ускладненнями більше ніж в 2,5 рази ($p<0,001$). Рівень летальності внаслідок ВАП був достовірно вищим, ніж без проведення ШВЛ і склав 50,9% проти 31,6%, $p=0,004$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За даними клініко-рентгенологічного обстеження, госпітальна пневмонія виявляється у 55,4% госпіталізованих у ВАП хворих на правець важкого ступеня і являється першим за частотою ускладненням у цієї категорії пацієнтів.

2. Летальність у хворих з важкими формами правця при наявності госпітальної пневмонії складає 70,2%, порівняно з 16,3% у хворих без пневмонії (ВШ: 12,1; ДІ: [4,9 - 29,87], $p<0,001$). Рівень летальності внаслідок вентилятор-асоційованої пневмонії був достовірно вищим, ніж без проведення ШВЛ (50,9% проти 31,6%, $p=0,004$).

3. Найбільш значущими незалежними факторами, котрі сприяють розвитку госпітальної пневмонії у пацієнтів з правцем важкого ступеня є: вік старше 55 років (ВШ: 2,92; ДІ: [1,99 - 3,66]), наявність хронічних обструктивних захворювань легень (ВШ: 2,73; ДІ: [1,68 - 4,01]), наявність генералізованих м'язових спазмів з розладами дихання (ВШ: 6,69; ДІ: [4,4 - 10,97]), проведення бронхоскопій (ВШ: 6,27; ДІ: [2,22 - 9,52]) та тривалість ШВЛ понад 48 годин (ВШ: 2,18; ДІ: [1,24 - 3,29]).

На основі проведених досліджень виявлені основні прогностичні фактори розвитку госпітальної пневмонії у хворих з правцем важкого ступеня, що може стати основою для розробки моделі наслідків цього ускладнення для швидкої та ефективної оцінки стану пацієнта, визначення прогнозу захворювання та обрання тактики антибактеріальної терапії. Крім цього, отримані дані свідчать про нагальну потребу включення в інтегральний алгоритм лікування правця превентивних заходів щодо розвитку пневмонії у пацієнтів на ШВЛ, оскільки сучасні дослідження демонструють зниження летальності в зв'язку із запровадженням протоколів, що ґрунтуються на міжнародних рекомендаціях.

Список літератури

- Яковлева О.О. Особливості діагностики та антибактеріальної терапії госпітальної пневмонії у хворих нейрохірургічного відділення / О.О.Яковлева, А.Б.Льченко //Укр. нейрохірургічний журнал. - 2012. - №3. - С. 43-46.
- American Thoracic Society. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventive strategies. A consensus statement / American Thoracic Society //Am. J. Resp. Crit. Care Med. - 1996. - Vol.153, №5. - P. 1711-1725.
- Ashraf M. Ventilator-associated pneumonia: a review /M.Ashraf, L.Ostrosky-Zeichner //Hosp. Pract. (Minneapolis). - 2012. - Vol.40, №1. - P. 93-105.
- A Ten Year Retrospective Study on Adult Tetanus at the Epidemic Disease (ED) Hospital Mysore in Southern India: A Review of 512 Cases /V.G.Marulappa, R.Manjunath, N.Mahesh Babu [et al.] //J. Clin. Diagn. Res. - 2012. - Vol.6, №28. - P. 1377-1380.
- Characteristics and outcome of tetanus in adolescent and adult patients admitted to the Lagos University Teaching Hospital between 2000 and 2009 / I.A.Bankole, M.A.Danesi, O.O.Ojo [et al.] //J. Neurol. Sci. Pediatr. - 2012. - Vol.323, №1-2. - P. 210-204.
- Epidemiology, diagnosis and treatment of adult patients with nosocomial pneumonia /K.Dalhoff, M.Abele-Horn, S.Andreas [et al.] //Pneumologie. - 2012. - Vol.66, №12. - P. 707-765.
- Management of ventilator-associated pneumonia: epidemiology, diagnosis and antimicrobial therapy /M.Bassetti, L.Taramasso, D.R.Giacobbe [et al.] // Expert Rev Anti Infect Ther. - 2012. - Vol.10, №5. - P. 585-596.
- Nosocomial infections in critically ill infectious disease patients: results of a 7-year focal surveillance /B.Barsic, I.Beus, E.Marton [et al.] //Infection. - 1999. - Vol.27. - P. 16-22.
- Tetanus is still present in the 21st century: case report and review of literature / M.Otero-Maldonado, M.Bosques-Rosado, R.Soto-Malav? [et al.] //Bol. Asoc. Med. P. R. - 2011. - Vol.103, №2. - P. 41-47.
- Tetanus: Presentation and outcome in adults /N.J.Younas, A.H.Abro, K.Das [et al.] //Pak. J. Med. Sci. - 2009. - Vol.25, №5. - P. 760-765.
- Vincent J.-L. Microbial resistance: lessons from EPIC study /J.-L.Vincent // Intensive Care Med. - 2000. - Vol.26, №1. - P. 3-8.

Шлапак І.П., Мищук І.І., Бевз Г.В., Титаренко Н.В.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СТОЛБНЯКА

Резюме. Проанализированы истории болезни 157 больных с тяжелыми формами столбняка за 1980-2010 гг. Продемонстрировано, что наиболее клинически значимыми осложнениями заболевания является госпитальная пневмония (55,4%), которая является основной непосредственной причиной смерти этих больных в поздних терминах болезни. Уточнена значимость основных факторов риска развития пневмонии у больных с тяжелым столбняком.

Ключевые слова: столбняк, госпитальная пневмония, результаты лечения, факторы риска.

Shlapak I.P., Mishchuk I.I., Bevez G.V., Titarenko N.V.

RISK FACTORS FOR HOSPITAL PNEUMONIA OF PATIENTS WITH SEVERE TETANUS

Summary. 157 case-records of patients with severe tetanus in 1980-2010 were analyzed. It demonstrated that the most clinically significant complication of the disease is hospital pneumonia (55,4%) which is the main direct cause of death of these patients in the later stages of the disease. There was defined the representation of the major risk factors for pneumonia of the patients with severe tetanus.

Key words: tetanus, hospital pneumonia, treatment outcome, risk factors.

Стаття надійшла до редакції 04. 12. 2012 р.

© Юзвишина О.В.

УДК: 616.12-008.331.1+616.126.3]-08

Юзвишина О.В.

ФПО Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, кафедра терапії з курсом загальної практики та сімейної медицини (пров. Проскурівський, 1, м. Хмельницький, Україна, 29001)

ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ

Резюме. У пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та кальцинозом клапанів серця (ККС) вивчали динаміку показників функціонального стану пацієнтів під впливом різних варіантів антигіпертензивної терапії. Виявлено, що у пацієнтів ГХ і ККС лікування наступними комбінаціями карведілол+раміпріл та бісопролол+кандесартан супроводжується більш значним збільшенням дистанції 6-хвилинної ходи в порівнянні з вихідними показниками.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, кальциноз клапанів серця, функціональний стан пацієнтів, комбінована антигіпертензивна терапія.

Вступ

Згідно з прогнозами серцево-судинні захворювання (ССЗ), які є переважаючою групою хронічних захворювань в багатьох країнах світу, стануть основною причиною інвалідизації і смерті в усьому світі у XXI столітті. В Cardiovascular Health Study (1997) при обстеженні 5201 особи загальної популяції віком понад 65 років гіпертонічну хворобу (ГХ) виявили у 43%, ішемічну хворобу серця (ІХС) - у 23%, кальциноз клапанів серця (ККС) - у 28% (КАК - 26%, стеноз аортального клапана - 2%), у пацієнтів віком понад 75 років - 37% і 2,6% відповідно [Stewart et al., 1997]. Серед осіб похилого і старечого віку ККС займає третє місце у структурі ССЗ після ІХС та ГХ [Андропова и др., 2005]. Хворі, які страждають на ГХ і ККС, являють собою селективну групу пацієнтів із високим глобальним ризиком розвитку серцево-судинних подій. Оптимізація лікування у таких пацієнтів стає вкрай актуальною. За даними І.О. Дюдїна зі співавт. [2012] дистанція 6-хвилинної ходи виявилась найбільш ефективним предиктором не виживання впродовж 12 міс. у хворих із хронічною серцевою недостатністю незалежно від фракції викиду лівого шлуночка.

Мета дослідження - оцінка впливу різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії на функціональний стан пацієнтів за допомогою тесту з 6-хвилинною ходою.

Матеріали та методи

У розробку включено 245 хворих із ГХ II-III ст. і ККС, середній вік (71,3±0,5) років, які протягом 3-х років спостереження приймали запропонований їм варіант базової антигіпертензивної терапії. Критеріями включення пацієнтів у дослідження слугували: згода пацієнта; ГХ

II-III стадій за рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2008); ККС (аортального клапана (АК) та/або кільця мітрального клапана (КМК)), верифікований за допомогою ЕхоКГ-дослідження (ESC, 2007); відсутність ефективного попереднього лікування і відсутність протипоказів до прийому β-адреноблокаторів (БАБ), інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), блокаторів кальцевих каналів (БКК) та сартанів. У дослідження не включали хворих з: ГХ I стадії та симптоматичними артеріальними гіпертензіями (АГ); ревматичною лихоманкою в анамнезі, хронічною ревматичною хворобою серця, вродженими вадами клапанів серця, які могли бути причинами враження АК та КМК; тяжким аортальним стенозом (площа отвору за даними ЕхоКГ-дослідження <1,0 см² і максимальний градієнт тиску на АК > 50 мм рт.ст.) або тяжкою мітральною чи аортальною недостатністю, які потребували хірургічного лікування (ESC, 2007); гострим та перенесеним (до 6 місяців) інфарктом міокарда чи інсультом; ХСН IIБ-III стадією; порушеннями серцевого ритму та провідності, які потребували постійного антиаритмічного лікування або імплантації електрокардіостимулятора (часта екстрасистоля; пароксизмальна тахікардія; постійна або часто рецидивуюча форма фібриляції/тріпотіння передсердь, синдром слабкості синусового вузла, АВ-блокади II-III ступеня); хронічною хворобою нирок негіпертензивної етіології та нирковою недостатністю; з вираженою патологією опорно-рухового апарату, через наявність якої неможливо виконати тест з 6-хвилинною ходою. Тривалість гіпертензивного анамнезу в обстежених коливалась від 14 до 41 року. Аналіз амбулаторного лікування, яке отримували хворі до включення їх