

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 клапану (АК) та/або кільця мітрального клапану (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

у дослідження, свідчив, що майже третина (32,8%) обстежених взагалі не отримувала будь-якої медикаментозної терапії. 40,1% пацієнтів застосовували епізодичну (за необхідності - при виникненні симптомів підвищеного АТ, набряків або болю за грудиною) терапію і у 27,1% хворих постійна медикаментозна терапія не мала достатнього клінічного ефекту (не досягався цільовий рівень АТ, зберігались симптоми ХСН). Спостерігалось, що в більшій половини хворих реєстрували ІІІ ФК (61,6%), практично в третини обстежених (28,4%) - ІІ ФК і лише в 9,7% - вкрай тяжкий ІV ФК (як результат декомпенсації ХСН). Всі пацієнти отримували комбіновану антигіпертензивну терапію, одним з компонентів якої були засоби, що впливають на ренін-ангіотензивну систему - раміприл або кандесартан. Вибір препарату проводили випадковим методом, темп досягнення цільової дози (для раміприлу 10 мг і для кандесартану 32 мг/добу) підбирали індивідуально. В якості другого препарату використовували БАБ (бісопролол 10 мг або карведілол 50 мг/добу) або БКК (амлодипін 5 мг/добу)). Призначення БАБ здійснювали в разі наявності у хворого ІХС (стабільної стенокардії напруги ІІ-ІІІ ФК або перенесеного ІМ). Вибір конкретного БАБ проводили випадковим методом.

Згідно розробленого дизайну дослідження, в якості антигіпертензивного лікування 52 пацієнта отримували карведілол+раміприл (Кар+Рам), 40 пацієнтів - карведілол+кандесартан (Кар+Канд), 42 пацієнта - бісопролол+раміприл (Біс+Рам), 45 пацієнтів - бісопролол+кандесартан (Біс+Канд), 24 пацієнта - раміприл+амлодипін (Рам+Амл), 25 пацієнтів - кандесартан+амлодипін (Канд+Амл). 17 пацієнтам через неефективність подвійної антигіпертензивної терапії додатково призначали тораемід 5 мг, а при неефективності потрібної терапії - амлодипін або БАБ (у залежності від вихідної комбінації) (посилена антигіпертензивна терапія (ПАТ)). Під час проведення дослідження хворі не приймали інші медикаментозні засоби, які володіють антигіпертензивною дією.

На початку дослідження, а також через кожний рік спостереження всім пацієнтам проводили комплексне

обстеження. Після досягнення хворими еуволемічного стану, стабілізації показників гемодинаміки всім обстеженим на початку дослідження, а також через кожний рік лікування був проведений тест із 6-хвилинною ходьбою за стандартною методикою [Lipkin et al., 1986].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою ліцензійних програм "Microsoft Excel" і "Statistica 6.0". Дані з нормальним розподілом представлені у вигляді М (SD), дані з розподілом відмінним від нормального - у вигляді Me (верхній кuartиль; нижній кuartиль). Достовірність розрахована за парним критерієм Стюдента (для параметричної статистики) і Вілкоксона (для непараметричної статистики), достовірність різниці між групами оцінювалась за критерієм χ^2 [Лапач і др., 2001]. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

З метою оцінки динаміки функціонального стану пацієнтів на тлі лікування нами проаналізована кількість випадків, які характеризувались зниженням ФК ХСН (не менше ніж на 1 ФК в порівнянні з вихідним станом) упродовж 3-х років спостереження (рис. 1).

Результати проведеного аналізу продемонстрували, що суттєве зростання толерантності до фізичного навантаження та зменшення тяжкості задишки впродовж 3-х років лікування спостерігали в 75,1% (у 184 із 245) пацієнтів. При цьому зменшення ФК ХСН на І ФК реєстрували у 75,5% (у 139 із 184) і на ІІ ФК - у 24,5% (у 45 із 184) хворих.

У свою чергу в 24,9% (у 61 із 245) пацієнтів упродовж 3-х років лікування не визначали суттєвого поліпшення толерантності до фізичного навантаження і зменшення задишки. У 68,9% (у 42 із 61) цих пацієнтів на 3-у році спостереження ХСН зберігалась на рівні ІІІ ФК і у 31,1% (у 19 із 61) - на рівні ІІ ФК за NYHA. При цьому у 36,1% (у 22 із 61) пацієнтів упродовж 3-х років спостереження визначали зростання ФК ХСН на І ФК, що свідчило про суттєве прогресування міокардальної дисфункції.

Аналіз динаміки ФК ХСН на тлі різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії

(рис. 1) свідчив, що частота випадків зменшення ФК ХСН в різних групах лікування коливалась від 58,8 до 88,5%. Значно вища частота цих випадків спостерігалась нами при застосуванні комбінації Кар+Рам (88,5 проти 58,8-71,4%, $p < 0,03$). При цьому статистичних відмінностей не визначали лише по відношенню до групи Біс+Канд (88,5 проти 84,4 %, $p = 0,56$). Крім того, звертав увагу факт суттєвої різниці в частоті реєстрації цих випадків між групою Біс+Канд та групами Рам+Амл і ПАТ

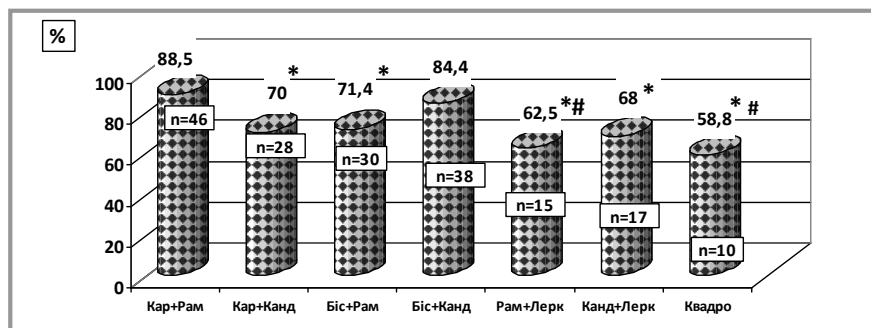


Рис. 1. Частота зменшення ФК серцевої недостатності при різних варіантах антигіпертензивної терапії впродовж 3-х років лікування.

Примітки: * - достовірність різниці відсотків за критерієм χ^2 в порівнянні з групою Кар+Рам ($p < 0,03$); # - в порівнянні з групою Біс+Канд ($p < 0,04$).

Таблиця 1. Вплив різних варіантів базової антигіпертензивної терапії на функціональний стан пацієнтів.

Термін спостереження	Варіанти базової антигіпертензивної терапії						
	Кар + Рам (n=52)	Кар + Кан (n=40)	Біс + Рам (n=42)	Біс + Кан (n=45)	Рам + Амл (n=24)	Кан + Амл (n=25)	ПАТ (n=17)
Групи	1	2	3	4	5	6	7
Вихідні дані, м	223 (199; 278)	221 (188; 264)	220 (196; 247)	217 (186; 242)	220 (186; 256)	228 (188; 259)	232 (190; 262)
1-й рік, м Динаміка	270 (228; 312) +21,1%	248 (204; 289) 12,2%	266 (228; 297) +20,9%	267 (226; 305) +23,0%	246 (210; 287) +11,9%	253 (216; 297) +10,9%	241 (225; 285) +3,9%
2-й рік, м Динаміка	296 (254; 333) +32,7%	272 (239; 308) +23,1%	279 (232; 312) +26,8%	283 (242; 324) +30,4%	267 (224; 298) +21,4%	272 (234; 305) +19,3%	259 (231; 284) +11,6%
3-й рік, м Динаміка	302 (284; 344) +35,4%	286 (254; 321) +29,4%	290 (265; 338) +31,8%	298 (278; 346) +37,3%	274 (243; 315) +24,5%	274 (249; 318) +20,1%	265 (246; 298) 14,1%
рв-1	<0,0001	0,007	<0,0001	<0,0001	0,04	0,035	0,27
рв-2	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0003	0,001	0,047
рв-3	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0009	0,04
Р1-2	0,016	0,037	0,17	0,08	0,09	0,10	0,043
Р1-3	0,003	0,003	0,03	0,004	0,04	0,08	0,04
Р2-3	0,29	0,14	0,19	0,10	0,30	0,44	0,48

Примітки: рв-1, рв-2 і рв-3 - достовірність різниці між вихідним показником і показниками за 1-й, 2-й і 3-й роки спостереження; р1-2 - достовірність різниці між показником за 1-й і 2-й, р1-3 - за 1-й і 3-й та р2-3 - за 2-й і 3-й рік спостереження розраховані за критерієм Вілкоксона.

(84,4 проти 58,8-62,5%, $p < 0,04$). Таким чином, результати проведеного аналізу свідчили, що найбільш оптимальними базовими комбінаціями для тривалого лікування хворих із ГХ і ККС є комбінація БАБ карведилолу і іАПФ раміприлу та БАБ бісопрололу і БРАІІ кандесартану. Саме на тлі застосування цих комбінацій спостерігали значно вищу частоту випадків із суттєвим зростанням толерантності до фізичного навантаження упродовж 3-х років лікування.

Аналіз впливу різних варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії на функціональний стан пацієнтів із ГХ і ККС, який оцінювали за допомогою тесту з 6-хвилинною ходюю (табл. 1), демонстрував, що застосування всіх варіантів комбінованої антигіпертензивної терапії на всіх етапах спостереження призводило до суттєвого підвищення толерантності до фізичного навантаження (ТФН). Так, зростання ТФН на 1-у році спостереження коливалося в групах від 3,9 до 23,0% ($p < 0,04$), на 2-у - від 11,6 до 32,7% ($p < 0,05$) і на 3-у - від 14,1 до 37,3% ($p < 0,04$) у порівнянні з вихідними показниками. Винятком із цієї закономірності стала група ПАТ (7 група), де на 1-у році лікування не спостерігали достовірного приросту ТФН (на 3,9 %, $p = 0,27$). Звертало увагу, що суттєве зростання ($p < 0,045$) показників ТФН від 1-го до 2-го року визначали лише в групах Кар + Рам і Кар + Кан (у таблиці 1 - 1-2 групи) і, як не парадоксально, в групі ПАТ (7 група). Отримані нами дані демонстрували: 1) використання БАБ карведилолу в

поєднанні з іАПФ раміприлом або БРАІІ кандесартаном у хворих із ГХ і ККС супроводжується позитивним гемодинамічним ефектом, який підсилюється після 1-го року застосування; 2) у хворих із резистентними формами АГ при використанні 3 або 4 антигіпертензивних препаратів позитивний гемодинамічний ефект проявляється лише при досить тривалому і адекватному контролі АТ (в нашому дослідженні більше 1 року).

Окрім того, привертало увагу, що достовірне зростання показників ТФН від 1-го до 3-го року спостереження визначали при застосуванні всіх варіантів базової терапії ($p < 0,04$) за виключенням варіанту Кан+Амл (6 група) ($p = 0,08$). З іншого боку спостерігалась відсутність зростання показників ТФН у групах від 2-го до 3-го року, що, на наш погляд, свідчило про обмежені можливості базової терапії по відношенню до поліпшення гемодинаміки. Неможливо не звернути увагу на те, що найбільш переконливий гемодинамічний ефект спостерігали при застосуванні БАБ + іАПФ/сартан (1-4 групи) і, в більшій мірі, при застосуванні карведилолу з раміприлом (збільшення дистанції ходи на 35,4% в порівнянні з вихідними показниками) (1 група) і бісопрололу з кандесартаном (на 37,3 %) (4 група).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих із ГХ і ККС найбільш переконливий позитивний гемодинамічний ефект при тривалому ліку-

ванні спостерігали при застосуванні БАБ+іАПФ/сартан і, в більшій мірі, при застосуванні карведілолу з раміприлом (збільшення дистанції ходи на 35,4% в порівнянні з вихідними показниками) і бисопрололу з кандесартаном (на 37,3%), який підсилювався після 1-го року застосування. На тлі застосування цих комбінацій спостерігали значно вищу частоту випадків із суттєвим зростанням толерантності до фізичного навантаження уп-

родовж 3-х років лікування.

2. У хворих із резистентними формами АГ при використанні 3 або 4 антигіпертензивних препаратів позитивний гемодинамічний ефект проявляється лише при досить тривалому (більше 1 року) контролі АТ.

У подальшому при проведенні проспективних досліджень бажано продовжувати аналізувати отримані відмінності.

Список літератури

- Андропова О.В. Факторы, способствующие развитию дегенеративного аортального клапанного стеноза /О.В. - Андропова, Е.И.Полубенцева, В.Н.Анохин //Клин. мед. - 2005. - №6. - С. 51-54.
- Дюдина І.О. Вживання впродовж 12 та 36 міс, його предиктори у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю ішемічного походження з систолічною дисфункцією лівого шлуночка та зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка /І.О.Дюдина, Л.П.Паращенко, Н.А.Ткач //Укр. мед. часопис. - 2012. - №5(91). - С. 121-123.
- Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [2-е изд.] /С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. - К.: Морион, 2001. - 408 с.
- Clinical factors associated with calcific aortic valve disease. Cardiovascular Health Study /B.F.Stewart, D.Siscovick, B.K.Lind [et al.] //J. Am. Coll. Cardiol. - 1997. - Vol.29. - P. 630-634.
- Lipkin D.P. Six minute walking test for assessing exepcise capacity in chronic heart failure /D.P.Lipkin, A.J.Scriven, T.Crake, P.A.Poole-Wilson //Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.). - 1986. - Vol.292 (6521). - P. 653-655.

Юзвизиша Е.В.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Резюме. У пацієнтів с гіпертонічної болєзнью (ГБ) и кальцинозом клапанов сердца (ККС) изучали динамику показателей функционального состояния пациентов под влиянием разных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии. Выявлено, что у пациентов ГБ и ККС лечение комбинациями карведилол+рамиприл и бисопролол+кандесартан сопровождается более значительным увеличением дистанции 6-минутной ходьбы по сравнению с исходными показателями.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, кальциноз клапанов сердца, функциональное состояние пациентов, комбинированная антигипертензивная терапия

Yuzvishina E. V.

THE IMPACT OF ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT ON THE FUNCTIONAL CONDITION INDICATORS OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AND HEART VALVES CALCIFICATIONS

Summary. The patients with hypertension disease (HD) and heart valve calcification (HVC) were studied the dynamics of functional state of the patients affected by the different variants of antihypertensive therapy. There was found that the patients with HD and HVC treatment of the following combinations of carvedilol+ramipril and bisoprolol+candesartan is accompanied by a significant increase in 6-minute distance walk in comparison with the baseline ones.

Key words: hypertension, valvular calcification, functional status of patients, combination antihypertensive therapy.

Стаття надійшла до редакції 10.12. 2012 р.

© Чайка В.Г.

УДК: 616.3-008.14:616-77

Чайка В.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра ортопедичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМІКИ ЗМІНИ ПЛОЩІ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ З АМОРТИЗАЦІЙНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Резюме. У статті наведені дані щодо результатів дослідження динаміки зміни площі запалення слизової оболонки ротової порожнини при лікуванні пацієнтів з повною відсутністю зубів знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями.

Ключові слова: знімні протези, еластичні матеріали, запалення слизової оболонки.

Вступ

Проблема підвищення ефективності лікування повної відсутності зубів була і залишається однією з важливих та складних проблем в клініці ортопедичної стоматології [Луганский, Жолудев, 2006].

Повна відсутність зубів у віці понад 40 років коливається в межах 15% [Варес, 1993], старше 60 років - у 25% обстежених [Лабунець,