

УДК: [616.12 – 005.4 – 008.331.1] – 053.9 – 08

**Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Люлька Н.О.,
Кітура О.Є.**

**Оптимізація лікування коморбідної патології - ішемічної
хвороби серця і артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку.**

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

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія,
мельдоній, мебікар.

Робота є фрагментом НДР « Розробка алгоритмів і технології
запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні
захворювання на підставі вивчення психоемоційного статусу» Ініціативна
НДР № держреєстрації 0116U007798.

Вступ. Нині фахівці в усьому світі констатують факт динамічної
прогресії питомої ваги коморбідних патологічних станів [3,13]. Ішемічна
хвороба серця [1, 4, 7] та артеріальна гіпертензія залишаються основними
причинами інвалідності та смертності в Україні [2].

Основна причина поліморбідності у людей похилого віку -
атеросклероз. Атеросклероз судин призводить до розвитку поліморбідності
за патогенетичним принципом: ішемічної хвороби серця (ІХС),
дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, артеріальної
гіпертензії (АГ), атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечника
тощо [8]. Необхідно підкреслити взаємозв'язок вікових змін нервової,
серцево-судинної систем і ліпідного обміну з атеросклеротичною
патологією у літніх і старих людей. Цей взаємозв'язок обумовлює як
механізми розвитку судинної патології мозку, так і клінічну маніфестацію
неврологічних симптомів і синдромів старості. Не завжди ефективне
зниження АТ обумовлює покращення якості життя (ЯЖ) таких хворих, в

більшості пацієнти відмічають незадоволення своїм станом здоров'я за рахунок синдромів вегетативної дисфункції [8]. Порухення судинного тону, обмежені можливості центральних адаптаційно-присосовних механізмів нейросудинного апарату обумовлюють розвиток церебральної симптоматики, зокрема запаморочення, головний біль, шум в голові, нестійкість при ходьбі, страх висоти, збудження, відчуття нестачі повітря, втомлюваність. Один з провідних напрямів в комплексній терапії мозкового атеросклерозу - нормалізація тканинного метаболізму [2].

Враховуючи, що старіння супроводжується пропорційним віку зниженням толерантності до фізичного навантаження [6], тому, у хворих похилого віку при коморбідному стані - ІХС у поєднанні з АГ доцільно до комплексного лікування включати ефективні міокардіальні цитопротектори (кардіопротектори), які патогенетично дозволять, з одного боку, коригувати метаболічні порушення і стабілізувати енергообмін міокарда в умовах вираженої ішемії, що підвищує його життєздатність. З іншого боку, більшість кардіопротекторів має антиоксидантні властивості, що робить їх незамінними у боротьбі з негативними наслідками оксидативного стресу, які розвиваються при реперфузії в зоні ішемії і призводить до пошкодження мітохондріальних мембран [5]. В свою чергу, препарати, що мають транквилізуючу (анксиолітичну) дію, сприяють зниженню відчуття тривоги, занепокоєності. На нашу думку, заслуговують уваги кардіоцитипротектор - інгібітор окислення жирних кислот – тризипін (мельдоній) та препарат що має помірну транквилізуючу (анксиолітичну) активність - мебікар (адаптол), який знімає або послаблює відчуття занепокоєння, тривогу, страх, внутрішнє емоційне напруження та роздратування з метою ліквідації астеновегетативного синдрому і порушень оксидантно-прооксидантного гомеостазу у хворих похилого віку.

Мета дослідження. Підвищити клінічну ефективність базисної терапії комор- бідної патології - ІХС: стенокардії напруги ФК II-III та АГ II ст. у хворих похилого віку із застосуванням на фоні базисної терапії кардіоцитипротектора – мельдонію (тризипіну) і вегетокоригуючого церебропротектора – мебікара (адаптола).

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 70 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги ФК II-III у поєднанні з АГ II ст. Середній вік пацієнтів становив $71,7 \pm 2,1$ років. Діагноз ІХС ставили згідно з наказом МОЗ України 02.03.2016 №152 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця" [10, 13]. Діагноз був верифікований на основі даних об'єктивного обстеження, анамнезу, загальноклінічного обстеження, біохімічного (загальний холестерин - ЗХ, тригліцериди, ліпіди низької щільності - ЛПНЩ), електрокардіографії (ЕКГ), ехокардіографії (ЕхоКС). Діагноз АГ ставили згідно з наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії" [9]. У всіх пацієнтів визначали рівень систолічного (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Проводилося ультразвукове дослідження серця. Для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності всім хворим, що включені у дослідження проводилось психологічне тестування до і після лікування за допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. При інтерпретації показників тривожности проводилась оцінка в балах: до 30 баллов – низький рівень, 31 - 44 бали — помірний; 45 і більше - високий.

Толерантність до фізичного навантаження вивчали за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходою (6 minute walking distance - 6MWD). З його допомогою можна достовірно судити про фізичну активність,

функціональний клас (ФК) серцевої недостатності. Суть цього тесту полягає у вимірюванні відстані, яку хворий проходить в зручному йому темпі протягом 6 хвилин. Так припускають, що дистанція 426-550 м відповідає – I ФК, 300-425 м – II ФК, від 150-300м – III ФК, менше 150 м – IV ФК серцевої недостатності за New York Heart Association (NYHA). Перед проведенням тесту всі пацієнти були інструктовані про те, що в разі виникнення певних симптомів (посилення задишки, запаморочення, біль в скелетних м'язах) під час виконання тесту, вони повинні припинити ходьбу.

В процесі виконання тесту вимірювалась відстань в метрах, яку хворий проходив протягом 1, 3, 6-ти хвилин. Результатом тесту вважалася загальна дистанція в метрах, яку пройшов пацієнт за 6 хвилин. В разі припинення тесту до 6 хвилин, враховувалась та дистанція, яку пройшов пацієнт.

Перед та після тесту проводилось вимірювання ступеню насичення капілярної крові киснем за допомогою пульсоксиметру Неасо УХ 300.

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.

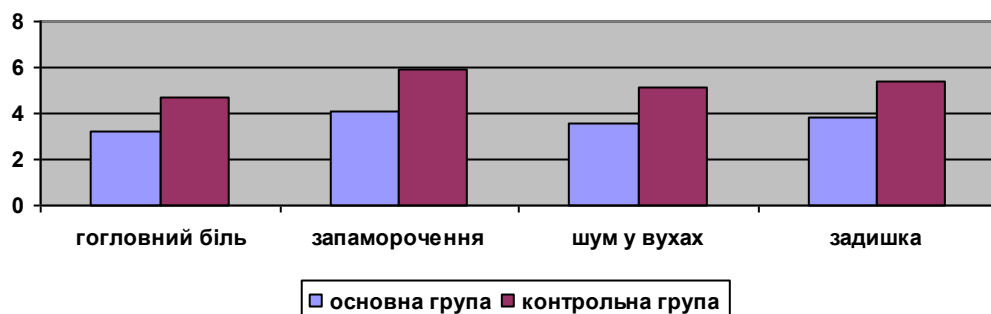
Пацієнти були розподілені на дві групи: першій - контрольній (n=35) - призначали загальноприйнятту базисну терапію (нітрати, комбіновану антигіпертензивну терапію: рамиприл 5 мг вранці і амлодипін 5 мг ввечері, кардіомагніл 75 мг, аторвакор 10 мг. У другій групі – основній (n=35) до базисної терапії був доданий препарат метаболічної дії - розчин тризіпину 5,0 на фіз. 10,0 внутрішньовенно струмно №5, з подальшим пероральним застосуванням по 0,5 1 раз на добу та мебікар по 300 мг 3 рази на добу

протягом двох тижнів та з наступним переходом по 300 мг два рази на добу. Групи були співставні за віком та статтю, а також ступенем серцевої недостатності. Період спостереження склав 4 тижні.

Результати. Хворі до початку лікування скаржились на головний біль, запаморочення, шум у вухах, задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість, дратівливість. Після проведеної терапії, відмічено позитивну клінічну динаміку у хворих обох груп, але відмічено суттєві розбіжності у термінах регресу та зникнення основних симптомів коморбідної патології.

Так, середні терміни зникнення головного болю у хворих основної групи - $3,2 \pm 0,42$ доби, тоді як у хворих контрольної групи $4,7 \pm 0,6$ ($P < 0,05$); запаморочення - $4,1 \pm 0,48$ у хворих основної групи та $5,9 \pm 0,56$ доби у хворих контрольної групи ($P < 0,05$); шуму у вухах - $3,6 \pm 0,9$ доби та $5,1 \pm 0,74$ доби ($P > 0,05$); задишки - $3,8 \pm 0,44$ у хворих основної групи та $5,4 \pm 0,38$ ($P < 0,05$) у хворих контрольної групи. Середні терміни зникнення основних клінічних проявів у хворих похилого віку на ІХС із супутньою АГ подано на мал.1

Терміни зникнення основних клінічних проявів коморбідної патології ішемічної хвороби серця і артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку



мал.1

Отримані результати свідчать, що комплексне лікування хворих похилого віку з коморбідною патологією на ІХС: стенокардію напруги ФК II-III у поєднанні з

АГ з призначенням препарату метаболічної дії – мельдонію та церебропротектора мебікару, сприяє вірогідному покращенню ЯЖ хворих про що свідчать більш короткі терміни зникнення основних клінічних проявів при цій констеляції захворювань

При вивченні психологічного стану у хворих, що включені у дослідження, за допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна, виявлено підвищений рівень реактивної тривожності (РТ). Після проведеного лікування, відмічено суттєве зниження РТ та прояву вегетативної дисфункції у групі хворих, що додатково отримували до комплексної терапії мельдоній і мебікар. Так, середній рівень РТ у хворих основної групи до лікування склав $42,3 \pm 2,9$ бали, після лікування - $30,1 \pm 2,6$ ($P < 0,05$). У хворих контрольної групи рівень РТ до лікування склав $43,6 \pm 3,1$ після лікування $35,4 \pm 2,88$ ($P > 0,05$). Динаміка показників реактивної та особистісної тривожності в процесі лікування у хворих основної і контрольної групи подано у табл.1

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

Табл.1

Група хворих	Реактивна тривожність		Особистісна тривожність	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
контрольна (n=35)	$45,3 \pm 3,1$	$35,4 \pm 2,88$	$38,7 \pm 3,3$	$34,3 \pm 3,2$
основна (n=35)	$46,6 \pm 2,9$	$32,1 \pm 2,6^*$	$36,6 \pm 3,12$	$32,8 \pm 2,7$

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

Таким чином, отримані дані свідчать, що застосування препарату метаболічної дії – мельдонію та вегетокоригуючого лікарського засобу мебікару у комплексному лікуванні хворих похилого віку з коморбідною патологією – на ІХС і артеріальну гіпертензію сприяє зменшенню тривожно-депресивних та когнітивних розладів.

Після проведеної комплексної терапії у пацієнтів похилого віку на ІХС у поєднанні з АГ спостерігалися нормалізація систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску ДАТ. Так, САТ до лікування у хворих основної групи становив - $163,6 \pm 3,3$ мм.рт.ст, після лікування - $127,8 \pm 2,66$ мм.рт.ст, ($p < 0,05$), що склало 21,9 %, тоді як у хворих, контрольної групи САТ знизився на 19,8% і становив до лікування $165,4 \pm 3,2$ мм.рт.ст, після лікування - $132,7 \pm 3,9$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$). Відмічено суттєва різниця в показниках діастолічного АТ після лікування між хворими основної і контрольної групи ($p < 0,05$), Так, у хворих основної групи, ДАТ знизився на 25% - з $92,4 \pm 1,9$ до $69,3 \pm 1,6$ ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи ДАТ знизився на 19,2% - з $91,6 \pm 2,3$ до $74,1 \pm 1,8$ ($p < 0,05$). Таким чином, комплексна терапія із застосуванням мельдонію та мебікару у хворих похилого віку на ІХС у поєднанні з АГ сприяє підвищенню ефективності гіпотензивної терапії про що свідчать більш суттєве зниження діастолічного тиску у хворих основної групи, більш короткі терміни зникнення основних клінічних симптомів артеріальної гіпертензії.

Через 10 днів від початку терапії ми простежили динаміку толерантності до фізичного навантаження у хворих обох груп. Отримані результати подано у табл.2

З отриманих даних свідчить, що після проведеного лікування у всіх пацієнтів спостерігали підвищення толерантності до фізичного навантаження. Однак, у хворих, які отримували базисну терапію, пройдена відстань збільшилась не суттєво з $289,54 \pm 13,4$ м до $319,2 \pm 15,1$ м ($P > 0,05$).

Тоді, як у хворих, що отримували комплексну терапію, пройдена відстань збільшилась з $293,4 \pm 11,6$ до $339,4 \pm 14,8$ м. ($P < 0,05$) При порівнянні отриманих результатів після лікування відмічено суттєву різницю між хворими основної і контрольної групи ($P < 0,05$).

Динаміка 6 MWD (м) у хворих похилого віку на ІХС у поєднанні з АГ (стабільна стенокардія II-III ФК)

Таблиця 2.

Група хворих	6 MWD (м)		SaPO ₂ %	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
контрольна (n=35)	$289,54 \pm 13,4$	$319,2 \pm 15,1$	$94,6 \pm 1,22$	$96,1 \pm 1,3$
основна (n=35)	$293,4 \pm 11,6^*$	$339,40 \pm 14,8$ **	$94,4 \pm 1,12$	$97,84 \pm 1,4$

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

** ($P < 0,05$) – достовірність суттєва після лікування між хворими основної та контрольної групи.

Показники гемодинаміки свідчили про покращення скоротливості міокарда лівого шлуночка серця після лікування у всіх хворих. Однак, у хворих основної групи, що отримували комплексну терапію відмічено зростання ФВ на 8,1% (з $50,1 \pm 0,82\%$ до $54,5 \pm 1,2\%$) ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи, які отримували стандартну терапію, ФВ зросла на 5,3% з ($50,6 \pm 1,4\%$ до $52,3 \pm 1,1\%$) ($P > 0,05$). Можна припустити, що комплексна терапія з призначенням кардіоцитопротектора сприяє більш суттєвій оптимізації метаболічних процесів в міокарді у хворих похилого віку, про що свідчить вірогідне зменшення задишки та збільшення ФВ у порівнянні з хворими контрольної групи.

Отримані результати дозволяють припустити, що комплексна терапія із застосуванням препаратів кардіо і церебропротекторної дії суттєво сприяє підвищенню ефективності антиангінальної та антигіпертензивної терапії і одночасно оптимізує метаболічні процеси як в міокарді так і в структурах ЦНС.

Висновки. Таким чином, комплексне лікування хворих похилого віку з коморбідною патологією ІХС: стенокардію напруги ФК II - III у поєднанні з АГ з призначенням препаратів кардіоцито- та церебропротекторної (анксіолітичної) дії – мельдонію та мебікару, сприяє вірогідному покращенню ЯЖ хворих про що свідчать більш короткі терміни зникнення основних клінічних серцево-судинних проявів при цій констеляції захворювань та значне зменшення симптомів вегетативної дисфункції і тривожності.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення психологічного стану та гемодинамічних показників у хворих із поєднаною патологією на ІХС і АГ через 3 місяці після комплексного лікування із застосуванням мельдонію та мебікару .

Література:

1. Білецький С.В. Деякі аспекти метаболічної терапії захворювань серцево-судинної системи (Огляд літератури). /С.В. Білецький, В.В.Бойко, О.А. Петринич, Т.В. Казанцева // Том XV, No2 (56), Ч. 1, 2016. С.202-204.

2. Буряк В.В., Овская Е.Г., Насоненко А.В. Клинический опыт применения мельдония у больных ишемической болезнью сердца ассоциированной с артериальной гипертензией. // «Молодий вчений» • No 1 (03). - 2014 р. - С.202-205

3. Волошина Л.О. Коморбідність і поліморбідність: вікові та гендерні аспекти (Ретроспективне дослідження та огляд літератури) //Буковинський медичний вісник. - Том 19. - № 3 (75) - 2015. - С. 224-230.

4. Єна Л.М., Христофорова Г.М. Эффективность пролонгированной лекарственной формы мельдония (Тризипин® лонг) у пациентов с ишемической болезнью сердца. // Український терапевтичний журнал. - №5 (103) -IX /X.- 2014 с. 71- 75.

5. Зозуля В. В., Чекман І. С. Метаболічна терапія в геріатричній кардіології (фармако-епідеміологічне дослідження) // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2012. - № 4 (29)/. - С.67-71.

6. Кайдашев І.П., Борзих О.А. Основи геронтології. Частина друга. Навчальний посібник. –Полтава. - 2011. -166с.

7. Мітченко О.І., Романов В.Ю., Ілюшина Г.Я. Оптимізація лікування пацієнтів із метаболічним синдромом та гіпер-тонічною хворобою із застосуванням Тризипину (мельдонію) // Укр. мед. часопис.- 2014.- № 2 (100).- С. 52-5.

8. Мишанич Т.В. Особливості перебігу хронічного панкреатиту у хворих на ішемічну хворобу серця та їх лікування. Дис.на здобуття наукового ступеня
К. мед.н. Ужгород – 2015. 148с.

9. 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.

10. Наказ МОЗ України 02.03.2016 № 152 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця".

11. Місце метаболічної терапії у хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Серік С.А., Сторона В.І., Горб Ю.Г.Український терапевтичний журнал № 1. - 2016.с. 99-104.

12. Фадєєнко Г.Д. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини// Фадєєнко Г.Д., Гріднев О.Є., Несен А.О. та ін.//Український терапевтичний журнал - 2013. –№1- С. 102-107.

13. Task Force Members, Montalescot G., Sechtem U. et al. (2013) 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J., 34(38): 2949–3003.

УДК: [616.12 – 005.4 – 008.331.1] – 053.9 – 08

**Оптимізація лікування коморбідної патології - ішемічної хвороби серця і артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку.
Потяженко М.М., Ищейкін К.Є., Настрога Т.В., Люлька Н.О., Невойт Г.В.**

В статті висвітлено досвід застосування препарату метаболічної дії – тризипіну, у комплексному лікуванні хворих похилого віку з коморбідною патологією на ІХС у поєднанні з АГ. Це сприяє вірогідному покращенню ЯЖ хворих, про що свідчать більш короткі терміни зникнення основних клінічних проявів при цій констеляції захворювань, збільшення ФВ, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

УДК: [616.12 – 005.4 – 008.331.1] – 053.9 – 08

Оптимизация лечения коморбидной патологии - ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у больных пожилого возраста.

Потяженко М.М., Ищейкин К.Є., Настрога Т.В., Люлька Н.А., Невойт А.В.

В статье отражен опыт применения препарата метаболического действия - тризипина, в комплексном лечении больных пожилого возраста

с коморбидной патологией - ИБС в сочетании с АГ. Это способствует достоверному улучшению КЖ больных, о чем свидетельствуют более короткие сроки исчезновения основных клинических проявлений при этой констелляции заболеваний, увеличения ФВ, повышения толерантности к физической нагрузке.

UDK: [616.12 – 005.4 – 008.331.1] – 053.9 - 08

Optimization of treatment of коморбідної pathology - to ischemic heart and hyperpiesis trouble for patients years old.

Experience of application of preparation of metabolic action is reflected in the article – meldoniy (triazipine), in the holiatry of patients years old with comorbid pathology on IHD in combination with arterial hypertension. It assists the reliable improvement of quality of life of patients, to what more short spaces of disappearance of basic clinical displays testify at this constellation of diseases, increase of IF, increase of tolerance to physical activity.

UDK: [616.12 – 005.4 – 008.331.1] – 053.9 - 08

Optimization of treatment of коморбідної pathology - to ischemic heart and hyperpiesis trouble for patients years old.

Experience of application of preparation of metabolic action is reflected in the article – meldoniy (trizipine), in the holiatry of patients years old with comorbid pathology on IHD in combination with arterial hypertension. It assists the reliable improvement of quality of life of patients, to what more short spaces of disappearance of basic clinical displays testify at this constellation of diseases, increase of IF, increase of tolerance to physical activity.

О.В. Єфіменко

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ,
ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК ТА
ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

О.В. Єфименко

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ,
ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК ТА
ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

«Світ Медицини та Біології» №4(27), 2010 рік , 34-37 сторінки, код УДК
616.12-005.4-008.331.1-053.9-08

**ОБГРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ**

С.В. Сокольник **ОБГРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ**

С.В. Сокольник **ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ 4(52)/2012
ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ 4(52)/2012С 69-71**

Мета призначення: ліквідація астеновегетативного синдрому і порушень оксидантно-прооксидантного гомеостазу.

, яке насамперед зумовлене: 1) обмеженням хроно- та інотропного резервів серця внаслідок зниження чутливості міокардіальних бета-адренорецепторів; 2) енергодефіцитом міокарда, внаслідок підвищеного артеріального опору і, можливо, відносною коронарною недостатністю внаслідок зменшення в міокарді кількості капілярів; 3) неможливістю повноцінної реалізації механізму Франка-Старлінга внаслідок зазначеного вище енергодефіциту та обмеження діастолічного наповнення ЛШ