

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Випуск з проблеми «Терапія»
Підстава: рішення ПК «Терапія»
Протокол № від 20 р.

ГОЛОВНОМУ ТЕРАПЕВТУ
ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНОЇ (МІСЬКОЇ)
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

УСТАНОВИ- РОЗРОБНИКИ
Вищий Державний навчальний
заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Укрмедпатентінформ
МОЗ України

АВТОРИ:
д.м.н. Іщейкін К.Є.
к.м.н. Настрога Т.В.
д.м.н. Потяженко М.М.
к.м.н. Гаєвський С.О.

Суть впровадження: Застосування міокардіального цитопротектора етилметилгідроксипіридину сукцинату в комплексному лікуванні хворих з поєднаною патологією - на ішемічну хворобу серця із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень.

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних установ охорони здоров'я (обласних, міських, районних) терапевтичного профілю з метою підвищення ефективності лікування хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) з використанням у комплексній терапії міокардіального цитопротектора етилметилгідроксипіридину сукцинату (мексикору).

Дана робота є фрагментом НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», № держ. реєстрації 0110U 008151 (2010-2015р.).

Літературні дані свідчать, що синхронний перебіг ІХС та ХОЗЛ супроводжується синдромом "взаємного обтяження". Такому перебігу поєднаної патології сприяють певні патогенетичні фактори. Гіпоксія, що розвивається при ХОЗЛ та її компенсаторні механізми (еритроцитоз, тахікардія) сприяють підвищенню потреби міокарда в кисні в умовах недостатньої оксигенації крові і ведуть до погіршення мікроциркуляції. Поєднання ІХС і ХОЗЛ призводить до більш важкого клінічного перебігу захворювань, зі значним зниженням скорочувальної здатності міокарда, за рахунок розвитку систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка, що веде до прогресування симптомів серцевої недостатності, порушення вегетативного балансу з погіршенням параметрів газообміну. Тому, при такому коморбідному стані, доцільно до комплексного лікування хворих на ІХС та ХОЗЛ застосовувати міокардіальні цитопротектори (кардіопротектори), які патогенетично дозволять, з одного боку, оптимізувати 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 окисного стресу, які розвиваються при реперфузії в зоні ішемії.

Під нашим спостереженням перебувало 90 хворих на ІХС: стабільну стенокардією напруги ФК II-III, СН ІА ст. зі збереженою систолічною функцією ЛШ та супутнім ХОЗЛ, групи В-С, в стадії нестійкої ремісії, ЛН II-III ст. Пацієнти були розподілені на дві групи: першій - контрольній (n=45) призначали комплексну базисну терапію: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (клас I рівень доказовості А), нітрати, комбіновані інгаляційні глюкокортикостероїди та β_2 -агоністи пролонгованої дії (клас IV рівень доказовості Д), статини (клас I рівень доказовості А), антиагреганти (клас I рівень доказовості А), в якості метаболічної терапії - розчин глюкози 5% 100,0 з розчином панангіну 5,0 внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу №5. Другій групі хворих – основній (n=45) до базисної терапії був доданий 5% розчин етилметилгідроксипіридину сукцинату по 4,0 внутрішньовенно крапельно на фізіологічному розчині 100,0 1раз на добу №5 з наступним внутрішньом'язовим введенням препарату по 2,0 № 10. Групи хворих

були співставні за віком та статтю, а також ступенем серцевої і дихальної недостатності.

Порівняльний аналіз основних клініко-лабораторних параметрів показав, що у хворих основної групи, які отримували на тлі базисної терапії етилметилгідроксипіридину сукцинат, порівняно з контрольною групою хворих, суттєві розбіжності в строках зникнення основних клінічних симптомів - задишки, ангінозного синдрому а також зниженні рівнів вмісту холестерину у крові. Так, середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи склали $3,5 \pm 0,7$ доби проти $5,7 \pm 0,81$ у хворих контрольної групи ($p < 0,05$); ангінозного синдрому - $2,4 \pm 0,71$ доби проти $4,3 \pm 0,56$ доби у хворих контрольної групи ($p < 0,05$). У хворих основної групи відмічено суттєве зниження рівнів холестерину на 24,5%, проти 18,6% у хворих контрольної групи ($p < 0,05$). Аналіз показників центральної гемодинаміки у цих двох групах хворих свідчить про покращення скоротливості міокарда лівого шлуночка серця. Так, фракція викиду (ФВ) у хворих основної групи збільшилась на 8,2% ($p < 0,05$), тоді як у хворих, які отримували стандартну терапію ФВ зросла на 1,3%, ($p > 0,05$). Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримували комплексну терапію із застосуванням етилметилгідроксипіридину сукцинату сприяла скороченню термінів перебування хворого у стаціонарі на 1,8 доби.

Запропонована комплексна терапія хворих з поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з включенням курсу протекторного препарату етилметилгідроксипіридину сукцинату сприяє більш прискореному регресу основних клінічних проявів цих захворювань, що дозволяє скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі та поліпшити якість життя за рахунок більш тривалої клінічної ремісії.

За додатковою інформацією з проблемами звертатись до авторів: 36024, м. Полтава, вул. Шевченка 23, Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів, тел. (053 2) 2 -14-50.

