

УДК: 616.12-008.46-085.22

## ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ У ХВОРИХ НА ДИЛАТАЦІЙНУ КАРДІОМІОПАТІЮ

Потяженко М.М., Люлька Н.О., Скрипник І.М., Соколюк Н.Л., Гопко О.Ф.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: дилатаційна кардіоміопатія, серцева недостатність, порушення ритму, лікування.

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) – захворювання серцевого м'яза, для якого характерні розвиток дилатації та порушення скоротливої здатності лівого чи обох шлуночків. В США ДКМП є причиною 25% випадків застійної серцевої недостатності, яка корелює із смертністю [1,2]. Для цієї категорії хворих характерна висока частота випадків раптової смерті [3]. Згідно з класифікацією в залежності від етіологічних факторів виділяють ідіопатичну (генетично обумовлену), імунну, токсичну та супутню серцево-судинним захворюванням ДКМП, при якій ступінь міокардіальної дисфункції не відповідає тяжкості захворювання [4].

Відомо, що в основі патологічного ремоделювання шлуночків при серцевій недостатності, що розвивається внаслідок ДКМП, є активація симпатоадреналової та ренін-ангіотензинової систем. Нейрогормони, що виділяються в значній кількості, негативно впливають на регуляцію бета-рецепторів, ушкоджуючи енергетику та камерну геометрію, знижуючи життєздатність клітин та провокуючи порушення ритму [5]. З огляду на це, застосування бета-блокаторів в комплексній терапії ДКМП є патогенетично обґрунтовано, завдяки властивості бета-блокаторів зворотню ремоделювати шлуночки та сприяти тривалому підвищенню показника серцевого викиду [6]. Дослідженнями останніх років була показана значно вища ефективність комплексної терапії ДКМП, як супутньої ішемічної хвороби серця, порівняно з хворими на ДКМП іншого генезу, особливо з таким ускладненням, як порушення серцевого ритму.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей показників гемодинаміки у хворих на ДКМП із порушенням серцевого ритму та ефективності комплексної терапії із застосуванням бета-блокатора карведілолу – (кориол, KRKA, Словенія).

Для досягнення мети було обстежено 13 хворих на ДКМП віком від 28 до 46 років. Усім хворим проводилось клінічне (особливо ретельно вивчались анамnestичні дані), інструментальне (ЕКГ, ЕХО-КС) обстеження з визначенням основних показників функціональної здатності міокарда та внутрішньосерцевої гемодинаміки (розрахунки проводили за формулою L. Teicholtz [7]).

За результатами обстеження у 6 хворих була виявлена ідіопатична ДКМП, у 4 – токсична та після перенесеної вірусної інфекції у 3 пацієнтів. У всіх хворих спостерігались ознаки застійної серцевої недостатності (залишка при фізичному навантаженні, зниження толерантності до

фізичного навантаження) та порушення серцевого ритму за типом миготливої аритмії чи шлуночкових екстрасистолій на тлі підвищеної частоти серцевих скорочень (ЧСС) до 150-120 за хв. Аналізуючи вихідні дані показників внутрішньосерцевої гемодинаміки, нами було виявлено збільшення кінцево-сistolічного розміру (КСР) та кінцево-діастолічного розміру (КДР) лівого шлуночка (ЛШ) до  $6,7 \pm 0,13$  та  $7,8 \pm 0,2$  см відповідно. У обстежуваних виявлено виражені порушення скоротливої діяльності ЛШ, про що свідчило зниження фракції викиду (ФВ) до  $35,2 \pm 1,4\%$ .

Відповідно до мети хворі були розподілені на 2 групи: I групу складало 6 хворих, яким проводилось комплексне лікування із застосуванням дігосину в дозі 0,25 мг на ніч, еналаприлу малеат по 2,5 мг вранці під контролем АТ, таким чином, щоб його показники не перевищували 120-130/90-80 мм.рт.ст. У II групу входили 7 хворих, яким додатково до вищевказаної терапії призначався карведілол (кориол, KRKA, Словенія) в дозі 6,25 мг через 12 годин. Лікування проводилось протягом 1 місяця.

Аналізуючи отримані результати під впливом комплексної терапії, виявлена позитивна динаміка клінічних проявів у хворих обох груп.

Так, у хворих I групи відмічалась тенденція до покращення показників толерантності до фізичних навантажень, зменшилась ЧСС на 12,4%, незначний антиаритмічний ефект. У хворих II групи, яким до комплексної терапії додатково призначався кориол виявлений додатковий терапевтичний ефект, про що свідчило значне зменшення ознак серцевої недостатності. Так у хворих даної групи підвищилась толерантність до фізичних навантажень на 34,2% ( $P < 0,05$ ), зменшилась ЧСС на 31,9% ( $P < 0,01$ ) порівняно з відповідними показниками у хворих I групи. На тлі позитивних зрушень клінічних проявів спостерігалось достовірне зменшення нападів миготливої аритмії та шлуночкових екстрасистолій у хворих II групи, порівняно з пацієнтами, яким проводилось лікування без застосування карведілолу.

Вивчаючи динаміку показників внутрішньосерцевої гемодинаміки (табл.) нами виявлено, що під впливом комплексної терапії із застосуванням кориолу достовірно покращились КСР та КДР лівого шлуночка, про що свідчило зменшення КСР на 7,8% ( $P < 0,02$ ) та КДР на 9,5% ( $P < 0,05$ ) відповідно порівняно з показниками у хворих I групи. Така позитивна динаміка відбувалась на тлі покращення скорот-

Таблиця. Клінічні прояви та показники внутрішньосерцевої гемодинаміки під впливом комплексної терапії,  $M \pm m$

Показник	До лікування	I група	II група
ЧСС, уд/хв.	$128,6 \pm 7,3$	$112,6 \pm 6,5$	$76,7 \pm 5,8^*$
КСР, см	$6,7 \pm 0,13$	$6,4 \pm 0,15$	$5,9 \pm 0,1^*$
КДР, см	$7,8 \pm 0,3$	$7,1 \pm 0,3$	$6,7 \pm 0,2^*$
ФВ, %	$35,2 \pm 1,4$	$38,7 \pm 1,6$	$44,1 \pm 1,4^*$

Примітка: \* –  $P < 0,05$  між показниками обох груп.

ливої здатності ЛШ, про що свідчило вірогідне збільшення показнику ФВ на 14% ( $P < 0,05$ ) порівняно з кінцевими результатами у хворих І групи.

Враховуючи результати досліджень, доцільно до лікувального комплексу серцевої недостатності з порушенням серцевого ритму у хворих на дилатаційну кардіоміопатію різного генезу включати бета-блокатори, а саме кориол, до-

за якого повинна підбиратись індивідуально в залежності від вираженості серцевої недостатності, порушень серцевого ритму та внутрішньосерцевої гемодинаміки. Застосування бета-блокатора зумовлює необхідність зменшення на 50% добової дози серцевих глікозидів, що є актуальним, враховуючи розвиток побічних ефектів тривалого прийому глікозидних препаратів.

#### Список літератури

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология в 2-х томах. Том 1. К.: — 1998.
2. Sole M.J., Lui P. Viral myocarditis: a paradigm for understanding the pathogenesis and treatment of dilated cardiomyopathy // J. Am. Coll. Cardiol. — 1993. — Vol. 22, Suppl.A. — P. 99A-105A.
3. Bristow M.R. Mechanism of action of  $\beta$ -blocking agents in heart failure // Am. J. Cardiol. — 1997. — Vol. 80. — P. 26L-40L.
4. The evidence for  $\beta$ -blockers in heart failure // Brit. Med.J. — 1999. — Vol. 318. — P. 824-825
5. Воронков Л.Г., Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Хроническая сердечная недостаточность: механизмы, стандарты диагностики и лечения. — К.: Морион. 1999. — 128с.
6. Васильева Л.И. Заболевания сердца: Краткое руководство /Под. ред. Г.В. Дзяка. — К.: Четверта хвиля, 2003. — 208с.
7. Бобров В.О., Стаднюк Л.А., Крижанівський В.О. Ехокардіографія. — Навч. посібник. — К.: Здоров'я, 1997. — 152с.

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ У ХВОРИХ НА ДИЛАТАЦІЙНУ КАРДІОМІОПАТІЮ

Потяженко М.М., Люлька Н.О., Скрипник І.М., Соколюк Н.Л., Гопко О.Ф.

В статті наведені результати вивчення комплексної терапії хронічної серцевої недостатності із порушенням серцевого ритму у хворих на дилатаційну кардіоміопатію. Виявлений позитивний ефект карведілолу (кориолу, KRKA, Словенія) на динаміку клінічних проявів захворювання, зменшення (зникнення) нападів миготливої аритмії та шлуночкових екстрасистолій, достовірно покращення показників внутрішньосерцевої гемодинаміки та скоротливої здатності лівого шлуночка. Призначення карведілолу обумовило зменшення на 50% добових доз серцевих глікозидів. Таким чином, бета-блокатори є стратегічними препаратами вибору в лікуванні хронічної серцевої недостатності із порушенням ритму у хворих на ДКМП.

му  
іс-  
нь  
и-  
те-  
та  
ку  
на-  
с-  
до  
  
: І  
у-  
а-  
ім  
0-  
по  
л,  
ня  
  
к-  
я-  
  
а-  
ь,  
ій  
о-  
а-  
ак  
и-  
%  
з  
и-  
р-  
их  
и,  
у.  
е-  
л-  
с-  
ю  
5)  
са  
г-