

С.Д. БАБЛЯК, Ю.М. ПАНИШКО

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Стаття присвячена результатам лікування хворих гіпертонічною хворобою з супутньою патологією.

Статья посвящена результатам лечения больных гипертонической болезнью с сопутствующей патологией.

The article is devoted results treatments sick by hypertensive illness with concomitant pathology.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найсерйозніших медичних проблем, що зумовлено її широкою поширеністю, високим ризиком життєво важливих уражень, що призводять до порушення працездатності, зниження якості життя хворих і високої смертності. В цілому наявність АГ констатується у 15-20% дорослого населення. Частота АГ суттєво зростає з віком. Так, підвищення артеріального тиску (АТ) спостерігається в 4% осіб віком 20-23 років і досягає 50% і більше у людей віком 50-70 років. На сьогодні в Україні зареєстровано понад 23 млн. осіб з хворобами системи кровообігу (близько 60% дорослого населення), з яких більше 10 млн. страждає на артеріальну гіпертензію. Враховуючи складний патогенез АГ, підвищення антигіпертензивного ефекту може бути досягнуто за рахунок застосування комбінацій антигіпертензивних препаратів, що володіють різними механізмами дії. Ми провели власне дослідження, метою якого була оцінка ефективності комбінованої антигіпертензивної терапії у пацієнтів похилого віку з супутньою патологією.

Матеріали і методи.

З метою порівняння двох режимів антигіпертензивної терапії обстежено 48 пацієнтів, які звернулися в листопаді-грудні 2006 р. в кардіохірургічне відділення №1 Львівської обласної клінічної лікарні. Всі пацієнти були похилого віку (від 60 до 74 років, в середньому $65,4 \pm 2,7$ роки) і мали АГ II-III стадій та супутню патологію. У 29 пацієнтів в анамнезі була ішемічна хвороба серця (ІХС), у 7 – перенесений інфаркт міокарда, у 8 – порушення ритму, у 14 – серцева недостатність (фракція викиду лівого шлуночка $\leq 45\%$), у 7 – гостре порушення мозкового кровообігу або транзиторна ішемічна атака в анамнезі, у 6 – варикозна хвороба нижніх кінцівок, у 5 – виразкова хвороба шлунку і/або дванадцятипалої кишки, у 5 – хронічний гепатит. Всі пацієнти до госпіталізації отримували комбіноване лікування АГ і супутніх захворювань, однак, бажаний рівень АТ ($<140/90$ мм. рт. ст.) не був досягнутий.

Лікуючим лікарем 48 пацієнтів були розподілені на дві рівні групи. Перша група складалася з 24 пацієнтів, які приймали квінапріл з гідрохлоратіазидом (Аккузид, Pfizer) в дозі 20/12,5 мг/добу та бісопролол (Конкор, Nусomed) в дозі 5 мг/добу. Після дводенної відміни всіх інших антигіпертензивних препаратів розпочали терапію з призначення аккузида в дозі 10/6,25 мг вранці і конкора в дозі 2,5 мг ввечері.

Пацієнтів, яким бета-блокатори були протипоказані в дослідження не включали. Протягом двох тижнів дозу аккузида поступово збільшували до 20/12,5 мг вранці, а конкора до 5 мг ввечері.

Друга група (також 24 пацієнти) прийняли еналаприл з гідрохлоротіазидом (енап-20НЛ, KRKA) в дозі 20/12,5 мг та амлодипін (СТАМЛЮ Dr.Reddy's) в дозі 10 мг на добу. Після дводенної відміни всіх інших антигіпертензивних препаратів призначили енап-20НЛ в дозі 10/6,25 мг ранком та амлодипін в дозі 5 мг ввечері. Протягом 2 тижнів енап-20НЛ поступово збільшили до дози 20/12,5 мг ранком, а стамло до 10 мг ввечері. Критерієм ефективності лікування вважали зниження АТ $< 140/90$ Hg, добру переносність препаратів, відсутність побічних ефектів та негативної динаміки даних інструментальних та лабораторних обстежень. Базисна терапія була підібрана мінімум за 5 днів до включення пацієнтів в групу дослідження. Окрім антигіпертензивних ліків всі пацієнти приймали інші кардіологічні препарати (антикоагулянти, статини, пролонговані нітрати) та препарати для лікування супутньої патології (нейро-, гастро-, гепато-, ангіопротектори, препарати К).

До призначення комбінованої антигіпертензивної терапії всім пацієнтам окрім рутинних обстежень визначали ЧСС, реєстрували ЕКГ та ЕхоКТ, визначали біохімічні показники крові за стандартною процедурою. У пацієнтів щоденно визначався АТ та ЧСС за допомогою автоматичних апаратів (фірма "Microlife"). Хворі записували в щоденник показники АТ, ЧСС, власного самопочуття, наявність та вираженість скарг, можливу появу побічних ефектів.

Результати та їх обговорення

Через 4 тижні лікування з'явилися позитивні зміни, які спостерігалися і в подальшому. Через 12 тижнів зафіксований кінцевий результат. Показники гемодинаміки та лабораторних обстежень пацієнтів першої групи представлена в табл. 1.

Таблиця 1.

Показники гемодинаміки та лабораторних обстежень пацієнтів I групи (n=24) під впливом лікування

№	Показник	Етапи обстеження		Достовірність, P
		до лікування	після лікування	
1	Ат систолічний мм Hg	169,4 ± 6,8	132,4 ± 5,7	< 0,05
2	Ат діастолічний мм Hg	103,8 ± 5,2	82,4 ± 6	< 0,05
3	ЧСС уд/хв	73 ± 5	62 ± 4	> 0,05
4	Білірубін, мкмоль/л	17,2 ± 2,2	13,6 ± 2,0	> 0,05
5	Креатинін, мкмоль/л	92,4 ± 2,3	88,6 ± 2,2	> 0,05
6	Сечовина, ммоль/л	6,2 ± 1,7	6,2 ± 1,7	> 0,05
7	Загальний холестерин, ммоль/л	5,4 ± 0,9	5,0 ± 0,9	> 0,05
8	Протромбіновий індекс, %	74 ± 8	73 ± 8	> 0,05
9	Гематокрит, %	0,48 ± 0,03	0,49 ± 0,03	> 0,05
10	Гемоглобін, г/л	134 ± 7	133 ± 7	> 0,05
11	Глюкоза, ммоль/л	5,2 ± 0,4	5,2 ± 0,4	> 0,05
12	Калій, ммоль/л	4,6 ± 0,3	4,7 ± 0,3	> 0,05

Позитивний лікувальний ефект зареєстрований з 2-ї доби, максимальний ефект встановлений в кінці 3-го на початку 4 тижня лікування і зберігався до кінця спостереження. Зі сторони лабораторних показників достовірних змін не виявлено, хоча відмічається тенденція до зниження рівня білірубину, креатиніну, загального холестерину.

У 4 пацієнтів I групи (16,7%) виникли незначні побічні реакції на лікарські препарати: у 2 – пов'язані із збільшенням дози аккузида; у 1 – незначний сухий кашель; у 1 – короткочасний алергічний риніт, який зник після дводенного прийому інтранально називіну; 1 пацієнт відмічав легке запаморочення під час 3-го тижня лікування, яке пов'язано з вечірнім прийомом конкору. Воно пройшло самовільно через 4 дні.

Під впливом лікування не відмічається суттєвих змін ЕКГ спокою. За даними ЕхоКГ спостерігається тенденція до покращення ФВЛШ (з 53,4% до 57,7%).

Результати лікування пацієнтів II групи (n=24), що приймали енап-20НЛ з амлодипіном дещо інші. Покращення результатів досягнуто у 22 пацієнтів (91,7%). Показники гемодинаміки та лабораторних обстежень пацієнтів II групи представлена в табл. 2.

Таким чином, достовірно знизився систолічний артеріальний тиск на 33 мм Hg (P < 0,05). Відмічається тенденція до зменшення діастолічного артеріального тиску на 16 мм Hg (P > 0,05). Решта показників статистично не відрізняється.

Побічні реакції відмічені у 7 хворих (29,2%). У 2 пацієнтів виник в середині 2-го тижня сухий кашель, який був пов'язаний із застосуванням енапу-20НЛ. У 1 пацієнта з'явився головний біль в кінці 3-го тижня лікування після прийому енапу-20НЛ, що змусило зменшити дозу препарату до 10/6,25 мг і не дозволило досягнути цільового рівня АТ.

**Показники гемодинаміки та лабораторних обстежень пацієнтів
II групи (n=24) під впливом лікування**

№	Показник	Етапи обстеження		Достовірність, P
		до лікування	після лікування	
1	Ат систолічний мм Hg	167,8 ± 7,2	134,2 ± 6,2	< 0,05
2	Ат діастолічний мм Hg	100,6 ± 7,0	84,2 ± 6,4	> 0,05
3	ЧСС уд/хв	70 ± 6	76 ± 6	> 0,05
4	Білірубін, мкмоль/л	16,4 ± 2,4	16 ± 2,1	> 0,05
5	Креатинін, мкмоль/л	90,2 ± 2,4	90,8 ± 2,3	> 0,05
6	Сечовина, ммоль/л	6,2 ± 1,7	5,9 ± 1,7	> 0,05
7	Загальний холестерин, ммоль/л	5,9 ± 1,6	5,0 ± 0,8	> 0,05
8	Протромбіновий індекс, %	78 ± 7	77 ± 7	> 0,05
9	Гематокрит, %	0,46 ± 0,04	0,5 ± 0,03	> 0,05
10	Гемоглобін, г/л	131 ± 6	132 ± 6	> 0,05
11	Глюкоза, ммоль/л	5,0 ± 0,4	5,5 ± 0,4	> 0,05
12	Калій, ммоль/л	4,7 ± 0,3	4,3 ± 0,3	> 0,05

Під впливом лікування не виявлено достовірних змін зі сторони ЕКГ, ЕхоКГ. В підгрупі пацієнтів зі зниженою ФВЛШ (6 пацієнтів) остання залишилася практично незмінною (43,2% на початку дослідження та 43,6% в кінці дослідження).

Висновки.

Отримані результати свідчать про ефективність комбінованої антигіпертензивної терапії у пацієнтів обох груп.

Тим не менше, складається враження, що комбінація препаратів “аккузид + конкор” більш ефективно впливає на рівень АТ, викликає менше побічних ефектів, краще переноситься хворими, більш позитивно впливає на показники ЕхоКГ та лабораторні тести.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

ЕНІОАНАТОМІЯ МЕРИДІАНІВ ШЛУНКА

З позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичні значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишку і недостатчі енергій у меридіанах шлунка.

С позиции эниоанатомии рассматриваются образование, топография, строение, структура, функции, терапевтическое значение, последствия структурно-функциональных нарушений, излишек и недостаток энергий в меридианах желудка.

From enioanatomy's position, the following is distinguished: creation, topography, constitution, structure, function, therapeutic significance, consequences of structural and functional disorders, of excess and lack of energy in stomach meridian.

Утворення меридіана шлунка розпочинається виростами внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл (ТМТ) від середини нижнього краю очної ямки, початковою точкою чен-ці (Е 1), локалізованою між серединою нижнього краю ока і серединою підочного краю очної ямки (мал.