

ТЕРАПИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Х.Ё.Шарипова, Р.Г.Сохибов, Н.А.Олимова, Х.С.Султонов,
Т.П.Сабилова, С.Тагоев

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В результате проведения ретроспективного анализа 1351 историй болезней больных с клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН) установлено, что 67,4% больных представлены лицами старших возрастов (60-86 лет), артериальная гипертония разной степени отмечена у 79,9% пациентов, а в структуре причин ХСН превалировала ИБС (92,1%).

На втором этапе исследования у 83 больных с хроническими формами ИБС на фоне АГ в возрасте от 45 до 86 лет изучена эффективность комбинированного лечения иАПФ диротон и α_1 -, β_1 -, β_2 - адреноблокатором карвидилом. Отмечено, что положительная динамика показателей качества жизни, АД, функционального состояния сердца, толерантности к физической нагрузке через месяц комбинированной терапии диротон и карвидилом становится более выраженной, чем при монотерапии диротон.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертония, карвидил, диротон

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) считается распространённой патологией и по данным различных исследований встречается у 1-10% населения. Лечение ХСН требует больших финансовых затрат: в индустриально развитых странах расходы на лечение больных ХСН составляют около 2-3 % всего бюджета здравоохранения и превышают затраты на лечение инфаркта миокарда и всех онкологических заболеваний вместе взятых [1,4,6].

Оценка эффективности лечения у больных старших возрастных групп с сердечной недостаточностью имеет свои особенности. При этом необходимо учитывать не только тяжесть симптомов и осложнений, но и варианты клинического течения ИБС на фоне проводимой терапии, воздействие заболевания и проводимой терапии на психологическое состояние пациентов и в целом - на качество жизни пациентов [3].

Развитие ХСН наиболее часто отмечается на фоне ИБС и АГ. В этой связи разработка новых программ ранней диагностики и эффективной терапии ХСН у лиц старших возрастных групп представляется теоретически важными и рациональными для клинической практики кардиологов, терапевтов и семейных врачей.

Представитель метаболически нейтральной группы β -адреноблокаторов-карвидил, сочетающий как $\beta_{1,2}$ -, так и α_1 -адреноблокирующие свойства, не имеет собственной симпатомиметической активности и обладает мембраностабилизирующими свойствами. На фоне приёма карвидила у больных с артериальной гипертензией снижение артериального давления не сопровождается увеличением общего периферического сопротивления сосудов и в отличие от действия бета-адреноблокаторов, не снижается периферический кровоток. У больных ИБС карвидил может оказывать антиангинальное и антиоксидантное действие [5]. Терапевтическая эффективность ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ- эднит, диротон, лизиноприл и др.) при АГ и ИБС счита-

ется доказанной. Однако, основы безопасного использования карвидила и его комбинации с иАПФ у пациентов пожилого и старческого возраста с ИБС и АГ, недостаточно изучены. В этой связи изучение эффективности сочетанного применения карвидила с диротеном у лиц старших возрастов ХСН на фоне АГ представляет особый интерес.

Цель исследования: изучение эффективности сочетанного применения карвидила и диротона у больных старших возрастных групп с хронической сердечной недостаточностью, возникшей на фоне ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии.

Материал и методы исследования. На первом этапе, с целью изучения частоты ХСН и её структуры проведён ретроспективный анализ историй болезней людей с клиническими проявлениями ХСН, госпитализированных в кардиоревматологическое и терапевтические отделения Городской клинической больницы №5 г. Душанбе за 5 лет, т.е. в 2004-2009 гг.

На втором этапе исследований, с учётом данных изучения структуры ХСН было клинически обследовано 83 больных с хроническими формами ИБС в возрасте от 45 до 86 лет. Средний возраст их был равен $67,3 \pm 1,2$ годам. Мужчин было 49, женщин - 34. Все пациенты имели верифицированный диагноз ИБС, ассоциированный с артериальной гипертензией. В исследуемые группы вошли больные, страдающие стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональных классов и постинфарктным очаговым кардиосклерозом, перенёсшие инфаркт миокарда не ранее одного года до исследования. Хроническая сердечная недостаточность идентифицирована с учётом клинико-функциональной Нью-Йоркской классификации [6].

Основными заболеваниями, которые послужили причиной развития ХСН, явились: стабильная стенокардия у 80,7% пациентов (67 чел.), постинфарктный кардиосклероз у 10,8% (9 чел.), аритмии в 4,8% (4 чел.). В 3-х случаях у больных отмечались признаки ХСН на фоне АГ, а ИБС не был верифицирован. Средняя продолжительность ХСН - $4,7 \pm 0,2$ года.

Всем больным назначали лечение ингибиторами АПФ, пролонгированными нитратами, цитопротекторами, диуретиками, дезагрегантами, антагонистами альдостерона, при необходимости - сердечными гликозидами. По проводимой медикаментозной терапии больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по клинико-функциональным показателям:

1-ая группа (основная) - 47 пациентов, которым был назначен α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокатор карвидил (в средней дозе $16,2 \pm 1,8$ мг/сут) с иАПФ диротеном ($9,1 \pm 1,2$ мг/сут) и отменены β -адреноблокаторы. В этой группе лиц старших возрастов (60 лет и старше) - 29 и пациентов молодого и среднего возраста (45- 59 лет) - 18.

2-ая группа (контрольная) - 36 пациента, которым проводилось лечение ингибиторами АПФ, пролонгированными нитратами, цитопротекторами, диуретиками, дезагрегантами, антагонистами альдостерона, при необходимости - сердечными гликозидами; больным этой группы карвидил не назначался. В этой группе лиц старших возрастов (60 лет и старше) - 22 и пациентов молодого и среднего возраста (45- 59 лет) - 14.

Всем пациентам в начале лечения проводился комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования: ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, суточное мониторирование АД (СМАД), ЭхоКГ с определением клинико - функционального состояния ЛЖ. Определение уровня качества жизни проводилось с помощью Миннесотского опросника "Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire" (MLHFQ), который считается "золотым стандартом" для "болезнь-специфических" опросников при ХСН [2,7].

Через 2 недели и через месяц лечения было проведено повторное обследование для оценки динамики качества жизни и толерантности к физической нагрузке.

Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение (δ) и стандартную ошибку (m). Достоверность различий между средними показателями вычислили по t - критерию Стьюдента, а для долей использовали Z-критерий. Значимость вероятностных распределений определяли по критерию χ^2 . Достоверность

различия результатов определили при уровне $\alpha=95\%$ ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Согласно данным проведённого ретроспективного анализа историй болезней, у 1351 госпитализированных отмечались клинические проявления ХСН. Примерно две трети больных, находящихся на лечении с клиническими проявлениями ХСН, были представлены лицами старших возрастов (60-86 лет) и составили 911 человека (67,4%). Артериальная гипертония разной степени отмечена у 1080 (79,9%) пациентов с проявлениями ХСН.

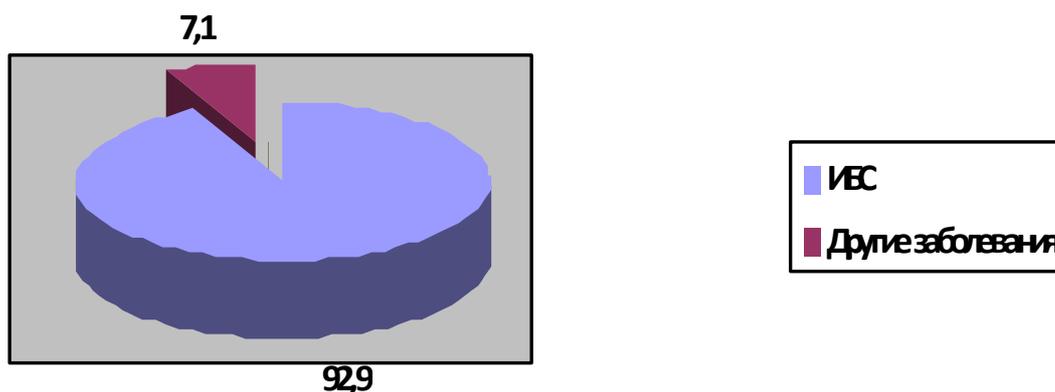


Рис. Структура причин хронической сердечной недостаточности.

В структуре причин ХСН (рис.1) превалировала ИБС и составила 1244 случаев (92,1%): стенокардия напряжения отмечалась у 1072 (79,4%) пациентов, постинфарктный кардиосклероз (в результате перенесённого крупноочагового Q-образующего ИМ) была характерна для 147 (10,9%) больных. В 25 (1,8%) случаях диагностированы другие формы ИБС (острая сердечная недостаточность, аритмии, внезапная коронарная смерть). Только в 107 случаях (7,9%) ХСН была обусловлена другими причинами (воспалительные и дистрофические поражения миокарда, пороки сердца).

Учитывая полученные результаты, свидетельствующие о доминирующей роли ИБС в развитии ХСН, на втором этапе исследований, нами были обследованы и взяты под наблюдение 83 больных, госпитализированных по поводу хронических форм ИБС, ассоциированных с артериальной гипертонией. Результаты полученных клинко-инструментальных исследований приведены в таблице 1.

Стенокардия напряжения была характерна для всех (100%) пациентов, включённых в исследование. У 2/3 пациентов (71,1%) доминировала стенокардия напряжения 3 ФК (по Канадской классификации ассоциации кардиологов). Постинфарктный кардиосклероз (в результате перенесённого крупноочагового Q-образующего ИМ не ранее 6 последних месяцев) была характерна для 12 (14,4%) больных, включённых в исследование.

Длительность артериальной гипертонии у обследованных больных, была не менее одного года и по группе в целом составила $7,8\pm 0,3$ года. В период наблюдения 1 и 3 степени АГ отмечены у менее 1/3 больных (28,9 и 26,6 процентов соответственно), а 2 степень АГ - в 44,5 % случаев. Согласно клинко-функциональной классификации хроническая сердечная недостаточность 2 ФК идентифицирована у преобладающей части больных - 53%.

Сахарный диабет II типа лёгкой и средней степени тяжести диагностирован у 18 (21,6%) пациентов. Избыточная масса тела и ожирение I - III степени отмечены у 20 (24,1%) больных, а гиперхолестеринемия отмечалась почти у всех больных - 97,5%.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных пациентов

Показатели	Абсолютное количество	% отношение
Возраст: - 45-59 лет	32	38,5
- 60 лет и старше	51	61,5
Стенокардия напряжения:	83	100
1 ФК	8	9,6
П ФК	16	19,3
Ш ФК	59	71,1
Перенесённый крупноочаговый (Q-образующий ИМ)	12	14,4
АГ в анамнезе	83	100
АГ в период наблюдения:		
1 степень	24	28,9
2 степень	37	44,5
3 степень	22	26,6
Ожирение 1-3 степени	20	24,1
Сахарный диабет П типа, легкой и средней степени тяжести	18	21,6
Гиперхолестеринемия	80	97,5
Желудочковые экстрасистолы	9	10,1
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий	4	4,8
ФК ХСН (по NYHA):		
1 ФК	16	19,3
2 ФК	44	53,0
3 ФК	23	27,7
Суточный профиль АД:		
Оптимальный ("dipper")	16	19,3
Нарушенный профиль АД:	67	80,7
-недостаточное снижение АД ("non-dipper")	41	49,4
- ночная гипертензия ("night-peaker")	26	31,3
Летальность	3	3,6
Всего	83	100

При изучении суточного профиля АД отмечено, что пациентов с оптимальным суточным профилем АД ("dipper") было всего 19,3%, тогда как пациентов с недостаточным снижением АД ("non-dipper") - 49,4%, а лиц с ночной гипертензией, превышающей дневную ("night-peaker") - 31,3%.

Летальность на фоне ХСН в группе обследованных больных в целом была значительно выше, чем средняя летальность по всем нозологиям терапевтического профиля (3,6%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о большой частоте ХСН у больных ИБС, ассоциированной с АГ. У больных ИБС с ХСН отмечается большая частота гиперхолестеринемии и нарушенный профиль АД, которые следует рассматривать как факторы риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений с фатальным исходом.

Данные сравнительного изучения эффективности проводимой терапии в группе больных ХСН, получающих базисную терапию+карвидил (1-ая группа) и больных, получающих только базисную терапию (2-группа) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Эффективность терапии больных ХСН на фоне артериальной гипертензии базисными препаратами в комбинации с иАПФ диротеном + карвидилом (1-группа) и без назначения карвидила (2-группа)

Группы больных	Показатели	Дни лечения				
		До лечения	Через 2 нед.	Δ (%)	Через месяц	Δ (%)
1 группа (n=47)	САД, мм рт. ст.	161,7±3,3	142,7±3,3	-11,8	129,5±3,2	-19,9
	ДАД, мм рт. ст.	105,8±3,6	93,1±2,9	-12,0	89,4±3,0	-17,7
	ЧСС, уд/мин.	97,4±2,8	91,2±3,1	-6,4	87,3±3,0	-10,4
	Фракция выброса (ФВ)	44,3±0,7	48,7±0,8	+ 9,9	51,9±0,8	+17,2
	Скорость циркулярного укорочения ЛЖ (Vcf)	0,69±0,19	0,8±0,21	+15,9	0,85±0,22	+23,2
	Тест с 6 мин. ходьбой	224,1±11,9	331,4±13,5	+47,9	384,7±15,1	+71,7
	Качество жизни, баллы	51,3±1,7	41,4±1,5	-19,3	36,6±1,8	-28,7
2-я группа (n=36)	САД, мм рт. ст.	160,2±3,3	146,9±3,2	-8,3	141,5±3,1	-11,7
	ДАД, мм рт. ст.	105,2±3,9	94,8±3,2	-9,9	90,6±3,3	-13,9
	ЧСС, уд/мин.	96,9±2,9	93,4±3,2	-3,6	89,1±3,1	-8,13
	Фракция выброса (ФВ)	43,8±0,8	46,3±0,6	+5,7	49,1±0,7	+12,1
	Скорость циркулярного укорочения ЛЖ (Vcf)	0,68±0,17	0,73±0,18	+7,4	0,79±0,19	+16,2
	Тест с 6 мин. ходьбой	223,8±12,1	20,3±12,8	+43,5	47,5±14,1	+55,5
	Качество жизни, баллы	50,5±1,6	44,2±1,7	-12,5	41,7±1,5	-17,4

Согласно полученным результатам, через 2 недели лечения в первой группе отмечена положительная динамика следующих показателей: снижение САД и ДАД, увеличение ФВ, скорости циркулярного укорочения ЛЖ (Vcf), увеличение расстояния, пройденного больными при проведении теста с 6-минутной ходьбой, уменьшение выраженности клинической симптоматики ХСН, т.е. повышение качества жизни ($p < 0,05$).

Положительная динамика перечисленных показателей через месяц лечения была более выраженной и уменьшение ЧСС стало достоверным. Среди пациентов этой группы у 10,6% не выявлено признаков ХСН, у 36,2% (17 больных) наблюдалось улучшение функционального состояния на один ФК, у остальных больных отмечалась положительная динамика показателей в пределах того же ФК.

Во второй группе пациентов отмечена положительная динамика показателей САД и ДАД, ФВ, теста с 6-минутной ходьбой, выраженности клинической симптоматики ХСН ($p < 0,05$). Положительная динамика перечисленных показателей через месяц лечения была более выраженной, но уступала таковой первой группы. Среди пациентов этой группы у 5,5% не выявлено признаков ХСН, у 19,4% (7 больных) наблюдалось улучшение функционального состояния на один ФК, а в 4,5% случаев наблюдалось ухудшение функционального состояния (т.е. повышение ФК ХСН).

Изучение динамики КЖ через месяц лечения выявило повышение уровня КЖ на 28,7% в первой группе и на 17,4% во 2-ой группе больных ($p < 0,05$).

Уменьшение частоты и тяжести стенокардии у пациентов первой группы проявилось достоверным снижением количества ангинозных приступов на 48,7%, суточной потребности в нитроглицерине на 45,5% ($p < 0,05$). Эти сдвиги имели место и во второй группе больных, но они были менее выражены, чем в первой.

Выводы:

1. Комбинированная терапия больных ХСН на фоне артериальной гипертензии α_1 -, β_1 -, β_2 -адреноблокатором карвидилом с иАПФ диротеном, сопровождается достоверным повышением качества жизни, приводит к улучшению их функционального состояния, повышению толерантности к физической нагрузке.

2. Положительная динамика показателей САД и ДАД, ФВ, скорости циркулярного укорочения

ЛЖ (Vcf), теста с 6-минутной ходьбой, выраженности клинической симптоматики ХСН, через месяц лечения карвидилом становится более явной.

3. Лечение карвидилом, сочетанное с иАПФ - диуретиком может ликвидировать клинические проявления ХСН или способствовать улучшению функционального состояния на один ФК.

Литература

1. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Лопатин Ю.М. и др. Роль различных клинических, гемодинамических и нейрогуморальных факторов в определении тяжести хронической сердечной недостаточности // Кардиологи. 1995. 11. 4-12
2. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике // М. "Медпресс-информ". 2004
3. Либис Р.А. и др. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Рус. мед. журн. 1999
4. Левшин А.В. Оптимизация восстановительного лечения больных с постинфарктной дисфункцией левого желудочка, с умеренно выраженной хронической сердечной недостаточностью и нарушенным суточным профилем артериального давления // Автореф. канд. дисс. Томск. 2006
5. CAPRICORN Investigators. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left-ventricular dysfunction: the CAPRICORN randomised trial // Lancet. 2001. 357. 1385-90
6. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale / Goldman L.[et al.] // Circulation 1981. 64 (6). 1227-34
7. Rector Th., Cohn J. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan // Am Heart J. 1992. 124 (4). 1017-24

Хулоса

Муолиҷаи кистии музмини дил дар беморони синни калонсолӣ бо фишорбаландии шараёни

**Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Соҳибов, Н.А. Олимова, Х.С. Султонов,
Т.П. Собирова, С. Тағоев**

Дар натиҷаи гузаронидани таҳлили тарҷеии 1351 таърихи бемории шахсони мубталои зӯхуроти саририи кистии музмини дил (КМД) муқаррар карда шуд, ки 67,4 % беморон шахсони калонсол (60-86 сола) мебошанд.

Фишорбаландии шараёнии (ФШ) дараҷаҳои гуногун дар 79,9% маризон ба қайд гирифта шуд, дар қатори сабабҳои КМД бемории ишемикии дил (БИД, 92,1 %) бартарӣ дошт.

Дар марҳалаи дуҷуми таҳқиқ дар 83 нафар беморони 45-86 солаи гирифтори шаклҳои музмини БИД, дар заминаи ФШ, самаранокии муолиҷаи муштаракӣ диуретик ва алфа1-, бета1-, бета2-адреноблокатори карвидил омӯхта шуд.

Баъди як моҳи табобати мазкур таҳрикаи мусбии нишондиҳандаҳои сифати зиндагӣ, ФШ, ҳолати вазоифии дил, тобоварӣ ба сарбории қисмонӣ зикр карда шуд, ки ин нисбати табобат танҳо бо доруи диуретик хеле назаррас буд.

Summary

THE THERAPY OF CHRONIC HEART-INSUFFICIENCY IN PATIENTS OF OLD AGE WITH ARTERIAL HYPERTONY

H.Yo. Sharipova, R.G. Sohibov, N.A. Olimova, H.S. Sultonov, T.P. Sabirova, S. Tagoev

On results of retrospective analysis of 1351 case histories of patients with symptoms of chronic heart-insufficiency (CHI) there is established that 67,4% of patients are persons of old age (60-86 years), arterial hypertony (AH) is in 79,9% patients, IHD prevalues between cases of CHI (92,1%). The study of the effect of complex-therapy by diroton and β_1 -, β_2 -adrenoblocator carvidil is the second stage of the investigation of 83 patients with chronic IHD and AH of age 45-86 years. It is showed that positive dynamics of indexes of life level, AP, heart-function, tolerance to physical loading after one month of complex-therapy are more pronounced than after diroton-monotherapy.

Key words: chronic heart-insufficiency, arterial hypertony, carvidil, diroton



НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ГЕНОТИПЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА "С" У ЖИТЕЛЕЙ Г. ДУШАНБЕ

Э.Р. Рахманов, З.Н. Мирзобоева, Ш.К. Матинов, Х.А. Абдуллоев
Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Результаты исследования 79 больных по генотипированию вируса гепатита "С" показали, что у жителей г. Душанбе в основном встречаются генотипы 1в (31,7%) и 3а (34,2%) HCV. Реже встречается генотип 1а (5%). Однако у обследованных больных довольно часто выявлены сочетания двух генотипов HCV, в основном генотипа 1в с 3а (27,9%) случаев.

Ключевые слова: генотип, полимеразно цепная реакция, гепатит С

Актуальность. Проблема парентеральных или гемоконтактных вирусных гепатитов в настоящее время является одной из актуальных проблем инфектологии, в связи с широким распространением данных гепатитов по всему миру. С внедрением в практику молекулярно-биологических методов диагностики (ПЦР) появилась возможность выделения множества генотипов и субтипов вирусного гепатита "С" (HCV), "В"(HBV), "G" (HGV), SEN-V и др.

Преимущество полимеразной цепной реакции (ПЦР) в диагностике вирусных гепатитов заключается в высокой чувствительности определения наличия агента в исследуемом материале, быстром получении результатов через 5-6 часов, низком проценте ошибок.

Исследования последних лет показывают, что вирусный гепатит "С" представлен 6-ю генотипами и многочисленными типами, которые в различных регионах и странах распространены по-разному, а каждый из них может вызвать повторные эпизоды гепатита "С".

По литературным данным установлено, что в США и Европе часто встречаются генотипы 1-2, в странах Юго-Восточной Азии - генотипы 4-5, в России - генотипы 1-3. Доказано, что у больных с генотипами 1в и 2а отмечается тяжёлое течение HCV, а у больных с другими генотипами заболевание протекает в лёгкой и среднетяжёлой форме [1-4].

Цель исследования: изучить генотипы вирусного гепатита "С" (HCV), наиболее часто встречающихся у жителей г. Душанбе.