

**Таблиця 4**

*Динамика ендоскопічної картини у больних 0 і А ступеню ГЭРБ*

Група	Степень ГЭРБ	Курсовая терапия	
		До	После
ОГ, n=30	0	18(60%)	28 (93,3%)
	A	12(40%)	2(6,7%)
КГ, n=10	0	6(60%)	7 (70%)
	A	4(40%)	3(30%)

Оценку качества жизни после проведённого лечения проводили по данным ВАШ (табл. 5). Из данных табл. 5 видно, что качество жизни пациентов после лечения достоверно улучшилось в обеих группах, однако при применении гастромакса отмечался более выраженный эффект.

**Таблиця 5**

*Динамика даних візуальної аналогової шкали у больних різних груп, в см*

група	До лікування	Після лікування
ОГ	5,6±0,25	9,7±0,3*
КГ	5,5±0,3	7,9±0,6*

\* P<0,05

**Выводы**

Применение гастромакса в комплексной терапии пациентов с ГЭРБ является эффективным и безопасным методом лечения, что позволяет сократить сроки лечения, улучшить качество жизни данной категории больных, добиться кли-

нико-эндоскопической ремиссии. Клинические преимущества применения гастромакса в комплексном лечении ГЭРБ связаны с фармакокинетическим профилем этого препарата, со сбалансированным содержанием компонентов в нём, что обеспечивает его высокую кислотонейтрализующую способность.

**Література**

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. - №6. – С. 81-83.
2. Ермолова Т.В., Шабров А.В. и др. Роль современных антацидов в гастроэнтерологической практике // Doctor. Журн. для практикующих врачей. – 2004. - №3. – С. 68-69.
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – Т.13, №6. – С. 18-26.
4. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2001. - №2. – С.16-22.
5. Мишушкин О.Н., Масловский Л.В. и др. Поддерживающая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 0-1 степени после достижения клинико-эндоскопической ремиссии //Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2006. - №1. – С. 15-22.
6. Старостин Б.Д. Спорные вопросы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – Т. 15, №5, прил. №26. – С. 15.
7. Vaeckxstaens G.Y., Tytgat G.N.J. Pathophysiology, diagnosis, and treatment of gastroesophageal reflux disease // Curr. Opin. Gastroenterol.-1996.-12.-P.365-372.

**Реферат**

**КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ГАСТРОМАКСУ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.**

*Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Крачек Г.О., Матлаш Л.М., Севідова М.В., Гурина Л.І.*

**Ключові слова:** гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, гастромакс, лікування

У роботі представлені дані дослідження ефективності препарату гастромаксу у комплексному лікуванні хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу 0-А ст. Застосування гастромаксу у терапії даної категорії пацієнтів є ефективним і безпечним методом лікування, який дозволяє скоротити строки лікування, покращити якість життя хворих, досягти клініко-ендоскопічної ремісії.

УДК 616.12.-039-053.9

**СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Ждан В.М., Кітура Є.М., Волченко Г.В., Кітура О.Є.**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

*В статті розглянуті особливості серцевої недостатності людей похилого віку. Зроблений висновок, що можливості ефективної терапії ХСН в старшій віковій групі дозволяють переглянути традиційний погляд на безуспішність і виключну «витратність» цієї категорії хворих і можуть повністю «окупити» витрати завдяки їх активній участі в житті суспільства. З цієї позиції розробка і впровадження принципів раціонального ведення хворих з ХСН, що за визначеною закономірністю розвивається в старості і розглядається традиційно як «захворювання з поганим прогнозом», набуває нового змісту.*

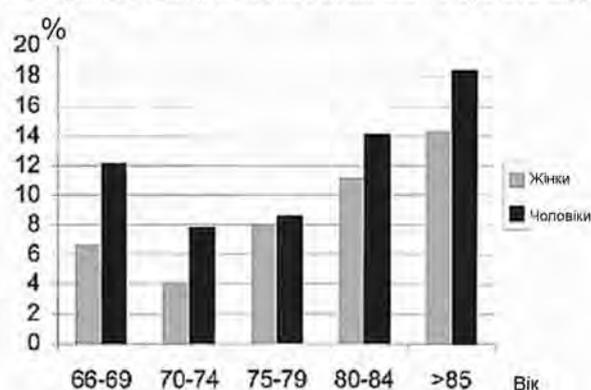
**Ключові слова:** серцева недостатність, похилий вік.

**Серцева недостатність і вік**

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією із актуальних і драматичних проблем геріатрії [5]. З віком, частота розвитку ХСН істотно збільшується. За даними Фремінгемського дослід-

ження (1988), імовірність її виявлення подвоюється з кожним десятиріччям життя, а середній вік пацієнтів із ХСН знаходиться в межах 74 років.

Поширеність ХСН у популяції похилого і старечого віку



Понад 50% людей похилого віку мають декілька факторів ризику артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), і відповідно, у них можна очікувати розвиток ХСН. Аналіз етіологічної структури ХСН свідчить про те, що серед хворих похилого віку найчастіше до міокардіальної дисфункції призводить саме ІХС, яка є головним її постачальником і виявляється у 60-80% пацієнтів після 60 років. Коли у середньому віці ХСН нерідко зумовлена групою причин неішемічного походження, в групі хворих похилого віку роль неішемічної кардіоміопатії вважається незначною і не перевищує 15% усіх випадків.

Неминуче збільшення частоти розвитку ХСН з віком пов'язане із особливостями старіння людини, інволютивними структурно-функціональними змінами серцево-судинної системи, зокрема пластичних та обмінних процесів у міокарді [2,4]. Відповідно до сучасного підходу, в геріатричній практиці слід враховувати декілька факторів, що впливають на виникнення та перебіг захворювань в похилому і старечому віці. По-перше, це патологія, що власне не залежить від віку (залежна від часу), тобто ті зміни, які відбуваються від впливом на організм якогонебудь пошкоджуючого фактора (ІХС, клапанні вади, кардіоміопатія та ін.). По-друге, ці зміни, що цілком є атрибутом похилого віку пацієнтів, – фіброз міокарда, кальциноз клапанів, атеросклероз аорти, пневмосклероз, церебросклероз, анемія, інсулінорезистентність та багато інших [2,4,13].

Доведено, що з віком відмічається помірне збільшення систолічного і діастолічного розмірів лівого шлуночка (ЛШ). Проявом механізмів компенсації, спрямованих на підтримку діастолічного наповнення ЛШ, є дилатація лівого передсердя. Дилатація камер серця є важливим адаптивним процесом у відповідь на погіршення скоротливості міокарда, що дозволяє підтримувати арцевий викид навіть при суттєвому зменшенні амплітуди серцевого скорочення.

У пацієнтів старшої вікової групи зростає ригідність (діастолічна жорсткість) міокарда, що пов'язано із збільшенням у ньому вмісту сполучної тканини та зменшенням еластичності міокардіальних волокон. В першу чергу, це проявля-

ється погіршенням люзітропної (діастолічної) функції, погіршенням параметрів скорочення та розслаблення міокарда. Слід зауважити, що порушення релаксації ЛШ не завжди означає наявність у хворого клінічно значимої діастолічної недостатності. Відповідно до рекомендацій Європейської групи із вивчення діастолічної серцевої недостатності, діастолічну дисфункцію слід діагностувати лише при виявленні у хворого змін показників діастолічного наповнення ЛШ у поєднанні із зниженою толерантністю до фізичного навантаження [11]. Тільки наявність цього комплексу, а також дилатації лівого передсердя і клінічні ознаки ХСН, свідчать про діастолічну недостатність. При старінні також знижується еластичність магістральних і судин резистивного типу, що погіршує адаптаційну здатність великого і малого кола кровообігу навіть до незначних навантажень.

Таким чином, ХСН у похилому і старечому віці, – це гетерогенний стан, зумовлений поєднанням у різному співвідношенні позавікових (хвороби) та залежних від віку (процеси фізіологічного старіння, дегенеративні зміни) факторів.

#### Особливості діагностики ХСН у пацієнтів похилого віку

Цікавим є той факт, що у пацієнтів із ХСН старших вікових груп найважливіший інтегративний показник ефективності роботи серця – фракція викиду (ФВ) ЛШ часто не тільки залишається збереженою, а навіть набуває тенденції до зростання. Так, нормальні показники ФВ ЛШ, вищі 35-45%, визначаються у 30-70% випадків ХСН, у тому числі, ФВ ЛШ більше 70% -у 10-15% хворих похилого віку. Причому, у віці старше 75 років відмічається так звана "поляризація" показників ФВ ЛШ: більш часто виявляються або низькі (<35%) або високі (>70%) величини ФВ ЛШ [4, 13].

З точки зору прогнозування результатів терапії ХСН у пацієнтів похилого і старечого віку принципово важливими є дані про виживання хворих, старших 60 років при різних типах порушення функції ЛШ. Показано, що, як і в середній віковій групі, низький рівень виживання хворих з ХСН старшого віку асоційований із порушенням систолічної функції (ФВ<40%), а тривалість життя значно вища при ізольованій діастолічній дисфункції. Так, середній показник 3-5-річного виживання при ФВ<45 % дорівнює 50,9% і 42,9%, у той час як при збереженій систолічній функції досягає 86,8% та 78,9% відповідно [4].

Вивчення стану центральної гемодинаміки у хворих із ХСН старечого віку показало погіршення скоротливої функції серця, що проявлялося у збільшенні кінцевого систолічного (КСО) і кінцевого діастолічного об'ємів (КДО), зниженні ФВ, а також, поряд із систолічною дисфункцією (у 33% хворих), розвитком діастолічної дисфункції у пацієнтів із ІХС у поєднанні з АГ.

Серед порушень ритму, які притаманні пацієн-

там із ХСН, найбільш часто зустрічається фібриляція передсердь (ФП). За даними Американської асоціації кардіологів і Європейського кардіологічного товариства, частота ФП збільшується із зростанням ступеня функціонального класу серцевої недостатності. За результатами багатоцентрового дослідження, яке включало 10 000 пацієнтів з ХСН ішемічного походження (26%), ІХС у поєднанні з АГ (53%), неішемічною кардіоміопатією та ревматичними вадами серця (8%), порушення ритму реєстрували у 21% цих хворих, при чому, у 95% випадків була постійна або пароксизмальна форма ФП [12]. Формування постійної тахісистолическої форми ФП у пацієнтів з ХСН веде до погіршення гемодинаміки серця, порушує енергетичний баланс міокарда і може спричинити глобальну дисфункцію та дилатацію камер серця. Основною причиною цього є висока частота серцевих скорочень (ЧСС), що зумовлює вкорочення діастолі та, відповідно, зменшення наповнення ЛШ і, як наслідок, знижується його ударний об'єм. Крім того, через прискорення ЧСС збільшуються енергетичні потреби міокарда, порушуються коронарний кровообіг з подальшим погіршенням гемодинаміки. У деяких випадках тахікардіоміопатія у хворих із ФП сама може бути первинним фактором провокації дилатації та дисфункції камер серця із подальшим виникненням ХСН. У свою чергу, структурно-функціональні зміни міокарда, які асоційовані із ФП, зокрема дилатація лівого передсердя, протидіють відновленню синусового ритму та його подальшого збереження на фоні застосування антиаритмічних засобів.

Особливості клінічного перебігу ХСН у похилому віці визначаються трьома основними об'єктивними факторами:

- специфічними, відповідно до старіння, інволютивними змінами серцево-судинної системи;
- фізіологічними змінами інших органів і систем, що є характерними для похилого і старечого віку;
- супутніми захворюваннями і порушеннями, що виникають у пацієнтів старших вікових груп.

Саме поліморбідність із переважно хронічним перебігом захворювань, значною мірою визначає особливості діагностики і лікування геріатричної групи хворих. Тільки 25% таких пацієнтів госпіталізують у зв'язку із скаргами, дійсно типовими для ХСН, проте 50% із них потрапляють до стаціонару з приводу інших причин (пневмонія, загострення церебральної симптоматики, декомпенсація цукрового діабету, травми і т.п.).

Порушення когнітивної функції, що зустрічається у 35-38% пацієнтів старших вікових груп, пояснює той факт, що у 14% при наявності об'єктивних клінічних симптомів ХСН, спостерігають повну відсутність будь-яких скарг.

У пацієнтів похилого віку із ХСН спостерігають більш низьку (38%) специфічність таких діагнос-

тичних симптомів, як задишка і ортопноє, оскільки останні характерні також для бронхолегеневої патології та анемії, які часто зустрічаються у пацієнтів похилого віку. Слід особливо відмітити так звану хронічну лівошлуночкову недостатність з явищами початкового набряку легень. Цей стан рецидивуючої кардіальної астми може припинятися самостійно, але іноді вимагає ургентної допомоги.

Затримка рідини і периферичні набряки в осіб літнього віку не обов'язково є наслідком ХСН. Вони можуть бути пов'язані із підвищенням гідрофільності тканин, зниженням колоїдно-осмотичного тиску крові, сповільненням току крові, варикозним розширенням вен, адинамією.

Переконання деяких лікарів в тому, що старість повинна супроводжуватися природним зниженням фізичної активності і функціонального стану, призводить до невиправдано пізнього лікування. Фактом є те, що у похилих пацієнтів із ХСН, її ознаки діагностуються вже на стадії застою у малому і великому колах кровообігу, коли ефективність терапії може бути досягнута лише за рахунок її надзвичайної агресивності (великі дози діуретиків, часті інфузії глікозидів, вазодилататори та інше медикаментозне навантаження).

Серед основних етіологічних факторів ХСН у літніх переважає ІХС, АГ і їх констеляція (взаємопогіршення), проте і в даній віковій групі слід враховувати можливість більш рідкісних для них нозологій – кардіоміопатії, системні захворювання сполучної тканини, вродженні вади серця. Саме в цій групі пацієнтів необхідно об'єктивізувати ознаки ХСН.

Важливими є детальний огляд хворого, рентгенологічне дослідження органів грудної клітини, електрокардіографія, а також, по можливості, визначення наявності і типу дисфункції серця (систолическої і/або діастолічної). Ця інформація про тип дисфункції необхідна для оптимальної терапії (доцільність серцевих глікозидів і β-адреноблокаторів), визначення прогнозу ХСН.

Рання діагностика ХСН – це, по суті, питання використання доплерокардіографії в масовій практиці обстеження хворих із серцево-судинними захворюваннями. Висока інформативність методу у діагностиці порушень систолічної і діастолічної функції ЛШ, неінвазивність, простота для пацієнта – все це робить його незамінним, особливо при обстеженні осіб похилого віку.

### **Лікування ХСН**

Лікування ХСН у літніх вимагає урахування цілого ряду додаткових умов. Слід пам'ятати, що є препарати, які не рекомендується призначати при наявності ХСН, особливо у літніх. Серед них: нестероїдні протизапальні препарати (затримка рідини, гіперсимпатикотонія), кортикостероїди (затримка рідини), антагоністи кальцієвих каналів, зокрема дигідропірідини першого

покоління, антиаритмічні препарати I класу: хінідин, новокаїнамід, дизопірамід, етацизин (кардіодепресивний ефект). З цього приводу доцільно пригадати три “золотих” правила фармакотерапії літніх, що сформульовані J.B.Schwartz:

1. починати лікування з невеликих доз (1/2 звичайної дози);
2. повільне титрування дози;
3. активне спостереження за вірогідними побічними реакціями.

Як відомо, сучасний стандарт фармакотерапії ХСН (базисне лікування), з одного боку спрямований на поліпшення функціонального стану пацієнтів та боротьбу із симптомами (діуретики, дігосин, вазодилататори), з іншого – передбачає використання нейроендокринних модуляторів: антагоністів альдостерону, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), блокаторів ангіотензинових рецепторів і бета-адреноблокаторів (В-АВ) як засобів довготривалої стратегічної корекції морфофункціональних змін ураженого міокарда. Незважаючи на те, що нейроендокринні антагоністи не зменшують задишку та набряки (взагалі їх прямиї вплив на симптоми ХСН незначний), їх стабілізуючий кардіопротективний вплив дозволяє зменшити смертність, поліпшити якість життя і зменшити частоту епізодів декомпенсації [2,7,16,17]. Сучасний світовий клінічний досвід свідчить про те, що ефект нейроендокринних антагоністів, продовжувати тривалість життя хворих на ХСН цілком можна екстраполювати і на пацієнтів похилого віку.

Також, за відповідними показаннями, доцільним є застосування нітратів (стенокардія), аміодарону (порушення ритму, ФП) і неглікозидних іноotropних засобів (рефрактерна ХСН).



### Діуретики

При лікуванні хворих з ХСН використовують три основні групи діуретиків: петльові (фуросемід, буметанід, торасемід); тіазидні і тіазидоподібні (гідрохлортіазид, метазолон і інші); калійзберігаючі (тріамтерен, амілорид і спіронолактон) (6,3).

Петльові діуретики короткої дії, зокрема фуросемід, буметанід, вважаються діуретиками пер-

шого ряду для лікування ХСН, особливо епізодів декомпенсації. Їх діуретичний ефект майже не залежить від початкової швидкості клубочкової фільтрації, вони достатньо ефективні при пероральному прийомі, але у випадку важкої рефракторної ХСН призначаються переважно внутрішньовенно у виді болюса або тривалої інфузії. Петльові діуретики істотно не впливають на рівень артеріального тиску при нормотензії, та помірно знижують його у хворих з АГ. У період дії петльових діуретиків екскреція іонів натрію значно зростає, але після припинення їх діуретичного ефекту вираженість натрійуретичного ефекту знижується до рівня навіть нижчого за початковий. Протягом однієї доби підвищена екскреція натрію змінюється його затримкою. Це явище одержало назву “феномена рикошета” або віддачі. Існуванням цього феномену пояснюють, чому у хворих із ХСН при одноразовому прийомі короткодійних петльових діуретиків іноді не досягається бажаного діуретичного ефекту. Такі випадки диктують необхідність повторного їх призначення декілька разів на добу. Діуретичний ефект петльових діуретиків підсилюється при їх комбінації із відносно невеликими дозами тіазидів, при цьому гідрохлортіазид рекомендується приймати за 1 годину до прийому фуросеміду.

Серед тіазидів, а також тіазидоподібних, умовно можна виділити 2 покоління: перше – похідні бензотіазину (гідрохлортіазид, політіазид) і фталімідина (хлорталідон); друге – похідні хлорбензаміду (індапамід, ксіпамід) і квіназоліна (метазолон). Друге покоління вигідно відрізняється від першого меншою залежністю натрійуретичного і діуретичного ефектів від швидкості клубочкової фільтрації.

Призначаючи тіазидові діуретики, необхідно враховувати їх деякі особливості: вони мають більш помірну натрійуретичну (і діуретичну) і більш тривалу дію, ніж петльові діуретики; діуретичний ефект тіазидових діуретиків в значній мірі залежить від функціонального стану нирок; достатній діуретичний ефект досягається при призначенні порівняно низьких доз тіазидових діуретиків; незважаючи на менш виражений діуретичний ефект, вони значно збільшують екскрецію калію, ніж петльові діуретики.

Серед калійзберігаючих діуретиків виділяють дві групи: блокатори мінералокортикоїдних рецепторів (спіронолактон, еплеренон) і інгібітори натрієвих каналів (амілорид, тріамтерен). Всі калійзберігаючі діуретики протипоказані при гіперкаліємії (>5,5 ммоль/л), нирковій недостатності (азотемія), гіпонатріємії, при супутній терапії іАПФ і солями калію, не рекомендується також призначати вагітним і хворим на епілепсію.

При використанні сечогінних у пацієнтів старших вікових груп необхідно мати на увазі такі факти:

1. Тіазидові діуретики (на відміну від петльових і калійзберігаючих) зменшують екскрецію

кальцію із сечую, що може бути корисним у хворих із остеопорозом, який спостерігається у жінок в постменопаузі, а також у пацієнтів похилого віку, які ведуть малорухливий спосіб життя.

2. Ефективність тiazидових діуретиків у пацієнтів літнього віку менша у порівнянні із молодими. Вони малоефективні при швидкості клубочкової фільтрації менше 30 мл/хв. Тому, враховуючи пропорційне до віку фізіологічне зниження швидкості клубочкової фільтрації, монотерапії тiazидовими діуретиками у літніх може бути недостатньою.

3. Виявлено, що більш високий ризик розвитку азотемії і гіпотензії внаслідок використання петльових діуретиків в основному пов'язаний із активним діурезом. Тому рекомендується починати лікування з невеликих доз, і одночасно контролювати рівень артеріального тиску і креатиніну крові.

4. Нетримання сечі приблизно у 1/3 пацієнтів похилого і старечого віку, а також можливість наявності аденоми простати, передбачає необхідність катетеризації сечового міхура на період активного діурезу.

### Серцеві глікозиди

Серцеві глікозиди (СГ) у гериатричній практиці зберігають свою актуальність, особливо після дослідження DIG, результати якого, хоча і з деякими обмеженнями, дозволили остаточно „реабілітувати” дігосин та доцільність його призначення при важкій систолічній дисфункції (III-IV ФК за NYHA), але збереженому синусовому ритмі. У літніх хворих дігосин показаний при стійкій синусовій тахікардії з частотою більше 130-140 за хвилину, тахісистолічній формі фібриляції – тріпотінні передсердь, пароксизмах надшлуночкової тахікардії. Оптимальна, одночасно безпечна і ефективна, добова доза дігосину не повинна перевищувати 0,25 мг на добу (іноді, при необхідності, добова доза може бути збільшена до 0,5 мг).

Прийом дігосину в невисоких дозах в лікуванні хворих на ХСН і синусовим ритмом, особливо при низькій ФВ, виправдане, проте істотно не покращує прогноз захворювання.

Призначення СГ малоефективне і навіть небезпечне при:

1. правошлуночкової недостатності;
2. ХСН, обумовленою діастолічною дисфункцією ЛШ (ФВ більш 45%);
3. стани з високим серцевим викидом у пацієнтів похилого віку.

### Інгібітори АПФ

При призначенні іАПФ у пацієнтів літнього віку слід враховувати ряд принципів. Перш за все, наявність верифікованої ХСН, відсутність протипоказань до використання іАПФ. Рекомендовано призначати іАПФ при всіх функціональних класах, у тому числі лівошлуночкової дисфункції, що не супроводжується ще симптомами ХСН.

Це актуально для післяінфарктних хворих із прихованою ХСН, а також у випадках збереженої систолічної функції ЛШ з метою профілактики ХСН (2,5).

Дані метааналізу 5 багатоцентрових досліджень зі вивчення ефективності іАПФ виявили їх позитивний вплив на прогноз хворих з ХСН: зменшення ризику смерті, частоту реінфарктів і госпіталізацій, незалежно від віку пацієнтів. В той же час субаналіз багатоцентрового дослідження ATLAS (1999) показав, що при прийомі лізиноприлу у пацієнтів, старших 70 років, частіше спостерігали гіпотензію, а такі ускладнення як азотемія і гіперкаліємія зустрічатися у 2 рази частіше, ніж у молодих.

Лікування іАПФ слід починати з мінімальних доз – каптоприл 25 мг на добу у 3 прийоми, еналаприл і квінаприл 5 мг на добу у 2 прийоми, периндоприл – 2 мг на добу одноразово. Дози подвоюються кожні 3-5 днів, при необхідності швидкість титрування може бути збільшена або зменшена. При титруванні дози необхідно ретельно контролювати рівень артеріального тиску, а також рівень креатиніну і калію у крові. У пацієнтів похилого віку бажано використовувати іАПФ із довготривалою, пролонгованою дією, які майже позбавлені ефекту гіпотензії першої дози, такі як трандалоприл або раміприл.

### Основні іАПФ, що використовують в терапії ХСН

Міжнародна назва препарату	Початкова доза, мг (кратність прийому на добу)	Цільова доза, мг (кратність прийому на добу)
Каптоприл	6,25 x 3 рази на добу	50 x 3 рази на добу
Еналаприл	2,5 x 2 рази на добу	10-20 x 2 рази на добу
Лізиноприл	2,5-5 одноразово	20-35 одноразово
Раміприл	2,5 одноразово	5 дворазово кратно або 10 одноразово
Трандалоприл	0,5 одноразово	4 одноразово

Антагоністи рецепторів ангіотензину II можуть бути призначені хворим з ХСН при непереносимості іАПФ. Їх не слід призначати хворим, які раніше не одержували іАПФ і ними не доцільно замінити іАПФ у хворих, які їх добре переносять.

### Дози антагоністів рецепторів ангіотензину II при лікуванні хворих з ХСН:

Препарат	Добова доза, мг
Лосартан	50-100
Валсартан	80-320
Ірбесартан	150-300
Кандесартан	4-32
Телмисартан	40-80

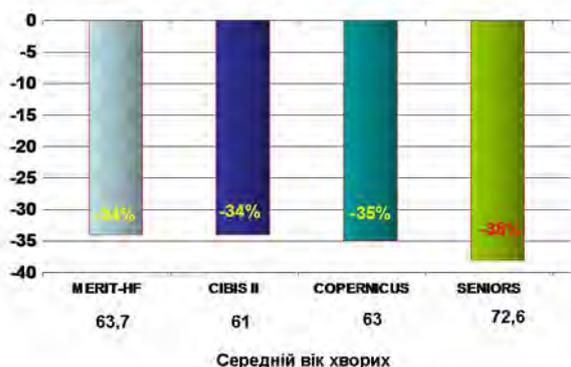
### Бета-адреноблокатори (В-АБ)

Переконали дані про здатність БАБ збільшувати тривалість життя пацієнтам із ХСН були одержані після завершення ряду багатоцентрових досліджень: CIBIS і CIBIS II (бісопролол) [8], MERIT-HF (метопролола сукцинат CR/XL) [14], COPERNICUS (карведілол) [15,16], SENIORS (небіволол) [9]. В багатьох клінічних дослідженнях було продемонстровано, що призначення β-АБ до іАПФ, діуретика і дігосину, знижує відносний ризик серцево-судинної смерті в межах 34-65% і одночасно ризик госпіталізацій - на 18-27%.



У 2004 році закінчилося мультицентрове дослідження SENIORS, в якому було вивчено вплив β-АБ небіволула на клінічний перебіг ХСН у пацієнтів старше 70 років, яке було першим великим (2128 хворих) цілеспрямованим клінічним випробуванням бета-блокади серед популяції пацієнтів із ХСН похилого віку (середній вік 76 років), а також першим у питанні доцільності застосування В-АБ при відносно збереженій систолічній функції ЛШ. Слід зауважити, що у попередніх клінічних дослідженнях частка літніх хворих (середній вік 61 рік) була незначною, тому питання доцільності тривалої бета-блокади у лікуванні пацієнтів похилого віку залишалося відкритим. Через 21 місяць терапії небіволулом кількість випадків смерті або госпіталізацій у зв'язку із серцево-судинною патологією була на 14% нижче, ніж у групі плацебо.

Скорочення відносного ризику смертності на фоні бета-блокади у хворих із ХСН за матеріалами багатоцентрових плацебоконтрольованих клінічних досліджень



Вибір саме небіволулу для літніх пацієнтів не випадковий. Для нього характерна надзвичайно висока кардіоселективність (1:293), прямий NO-модулюючий ефект, здатність збільшувати коронарний і периферичний кровообіг. Результати, одержані у дослідженні SENIORS, дозволяють рекомендувати небіволулу як БАБ вибору для осіб похилого віку і дуже перспективний БАБ для широкого впровадження в щоденну лікарську практику.

Метою нашого дослідження було вивчення переносимості та ефективності небіволула (небілета) у 24 пацієнтів з ХСН, III-IV функціональних

класів із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) – фракцією викиду менше 35%. Вік пацієнтів становив 60-74 роки. Через 6-8 днів після стабілізації клінічного стану (відсутність потреби у внутрішньовенному введенні фуросеміду) хворим призначали небіволулу (небілет, "Berlin-Chemie", Німеччина), починаючи з дози 1,25 мг/добу, кінцева доза 10 мг/добу. Період титрування становив в середньому 12-16 тижнів. Крім небіволулу, хворі приймали іАПФ, салуретики, спіронолактон, а також дігосин, нітрати і аміодарон за показаннями. За нашими спостереженнями, які тривали 6 місяців, призначення небіволулу зумовило покращення якості життя вже через 3 місяці після початку лікування, а також переносимості фізичного навантаження, про що свідчило збільшення дистанції шестихвилинної ходьби. Через 6 місяців терапії зафіксовано достовірний приріст фракції викиду, а також спостерігалася тенденція до зменшення розмірів камер серця.

Необхідно відмітити добру переносимість небіволулу в пацієнтів похилого віку. Частота побічних ефектів у групі пацієнтів похилого віку не відрізнялася від такої в групі молодших пацієнтів. Протягом перших 3-х місяців через виражену гіпотензію і брадикардію небіволулу було відмінено тільки у 2 (8,3%) пацієнтів. У 4 (16,6%) пацієнтів титрування було сповільнено і продовжувалося до 3 місяців. Проведене нами спостереження за позитивними ефектами терапії небіволулом пацієнтів з ХСН похилого віку узгоджується з результатами інших досліджень.

Звичайно, необхідно бути обережним і не призначати БАБ усім підряд, особливо декомпенсованим хворим. Наприклад, дослідження CIBIS-II підтвердило, що 15% пацієнтів не переносить лікування БАБ.

Лікування В-АБ, при відсутності протипоказань, слід починати при легкій або помірній клінічно стабільній ХСН, мінімальній вираженості набряків та ортопноє, обов'язково на фоні базисної терапії: діуретики, інгібітори АПФ, за показаннями дігосин, аміодарон або нітрати. Під час ретельного спостереження за станом пацієнта особливу увагу звертають на можливе виникнення гіпотензії, брадикардії, затримки рідини і ознаки прогресування ХСН. Незважаючи на те, що у хворих із ХСН досить важко відокремити епізоди погіршення стану, що є прямим наслідком природнього перебігу цього патологічного стану, від можливих ускладнень терапії, необхідно бути готовим призупинити титрування дози, а іноді зовсім відступити від терапії БАБ при стійкій гіпотензії, вираженій брадикардії або тенденції до підсилення затримки рідини [1].

При проведенні терапії β-АБ слід дотримуватися наступних правил:

1. Лікування повинно починатися з малих доз (1/8 середньої терапевтичної) з повільним титруванням доз (подвоєння дози не раніше ніж через 2-3 тижнів). Цей

процес може розтягуватися на місяці. В дослідженні CIBIS II поступове підвищення дози бісопролола з 1,25 мг до 10 мг проводилося протягом 6-ти місяців.

- Лікування β-АБ слід починати при легкій або помірній СН, клінічно стабільному стані пацієнта на тлі базисної терапії (діуретики, інгібітори АПФ, за показаннями дігоксин або нітрати), тобто при відсутності набряків, ортопноє. Некомпенсований пацієнт з вираженими ознаками застою – не найкращий кандидат для терапії β-АБ. Під час ретельного спостереження за станом пацієнта особливу увагу звертають на можливе виникнення гіпотензії, брадикардії, затримки рідини, ознаки прогресування СН. Необхідно бути готовим відступити від терапії β-АБ при гіпотензії (АТС <80 мм рт. ст), вираженій бради-

кардії (ЧСС < 50 уд/хв), збільшенні задишки в спокої.

- Найбільш можливий позитивний ефект у хворих з важкою ХСН (III-IV ФК), низькою ФВ (<35%) і тахікардією (<80-90уд/хв).
- Зменшення дози або відміна β-АБ при виникненні вираженої гіпотензії, брадикардії (ЧСС>55 уд/хв), наростанні ознак лівошлуночкової недостатності (при відсутності ефекту діуретиків), наростанні трикуспідальної недостатності (збільшення печінки, периферичні набряки). В таких випадках після стабілізації стану доза β-АБ повинна нарощуватися поступово.
- Призначати β-АБ слід “зверху” (додатково) до терапії іАПФ, діуретиками і, при необхідності, серцевими глікозидами.

*Орієнтовна схема титрування БАБ при ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка.*

Препарат	Початкова доза, мг	1-2 тиж	3-4 тиж	5-6 тиж	7-8 тиж	9-10 тиж	11-12 тиж	13-14 тиж	15-16 тиж	Цільова добова доза, мг
Метопролол	6,25	6,25 x 2 p	12,5 x2 p	25 x 2 p	50 x 2 p	50x x3 p				200
Бісопролол	1,25	1,25 x 1 p	2,5 x 1 p	3,75 x1 p	5 x1 p	5x x1 p	7,5 x 1 p	7,5 x1 p	10 x1 p	10
Карведілол	3,125	3,125 x 2 p	6,25 x2 p	12,5 x2 p	25 x 2 p					50
Небівалол	1,25	1,2 x 1p	2,5 x1 p	5 1 p	10 x 1p					10

В зв'язку з високою вірогідністю загострення супутньої внутрішньої патології і підвищеного ризику виникнення побічних ефектів медикаментозної терапії, нерідко зниженого “комплайна” пацієнтів, хворі з ХСН літнього і старечого віку вимагають підвищеного диспансерного нагляду, який передбачає:

- якомога, частіших повторних оглядів;
- патронажних візитів медсестри;
- регулярний і тісний контакт лікаря з родичами хворого.

Особливо це стосується сімейних лікарів, оскільки хворі з ХСН спостерігаються і лікуються в основному в амбулаторних умовах. Відповідний контакт близьких родичів таких пацієнтів з лікарем щодо контрольованих ознак СН і регулярно прийому медикаментів в домашніх умовах є одним із ключових моментів їх успішного ведення поза стаціонаром.

Обговорення проблеми було б неповним без розгляду питання про те, які спеціалісти повинні надавати допомогу хворим ХСН похилого і старечого віку. Якими б не були переваги спеціалізованого кардіологічного лікування, концепція надання допомоги не може ґрунтуватися виключно на веденні хворих лікарями-кардіологами. Враховуючи те, що більша частина хворих із ХСН – це люди похилого віку із багаточисленною супутньою патологією, їх ведення часто виходить за грані кардіології і вимагає підготовки спеціалістів з інших дисциплін, в тому числі і геріатрії. Практика інших країн (США, Англія і інш.)

показують, що найбільший ефект дає спільне ведення цих хворих кардіологами, лікарями загальної практики, геріатрами, медичними сестрами, об'єднує зусилля “команди” лікарів і медсестер сімейний лікар, який залишається ключовою фігурою і має умови для реалізації раціональної терапії пацієнтів з ХСН. Особлива увага при цьому приділяється доступності ехокардіографії і інших лікувально-діагностичних заходів при наданні допомоги хворим в умовах загальної практики. Це дозволяє не тільки покращити клінічні результати терапії, але і досягти зниження затрат на ведення хворих внаслідок зниження частоти госпіталізацій.

Розуміння можливості ефективної терапії ХСН в старшій віковій групі дозволяє переглянути традиційний погляд на безуспішність і виключну “витратність” цієї категорії хворих і може повністю “окупити” витрати завдяки їх активній участі в житті суспільства. З цієї позиції розробка і впровадження принципів раціонального ведення хворих з ХСН, що з визначеною закономірністю розвивається в старості і розглядається традиційно як “захворювання з поганим прогнозом”, набуває нового змісту.

### Література

- Бобров В.А., Жаринов О.И., Волченко Г.В., Китура О.Е. Переносимость и клинико-функциональные критерии эффективности метопролола (эгилока) у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью // Укр. кардіол. журн. – 2001. – № 1. – С. 39-44.
- Воронков Л.Г. Хроническая сердечная недостаточность у больных в возрасте старше 70 лет. Особенности патогенеза, диагностики и фармакотерапии.// Укр. кардиол. журнал, –2005, С. 126-13.

3. Воронков Л.Г., Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Хроническая сердечная недостаточность: механизмы, стандарты диагностики и лечения. Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Морион, 1999. – 128 с.
4. Горохова С.Г. Оптимизация диагностики хронической сердечной недостаточности в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. – 2001. – Т.7, №12. – С.46-54.
5. Гуревич М.А. Некоторые особенности клиники и лечения хронической сердечной недостаточности у пожилых. // Российский кардиологический журнал. – 2002. – №1. – С.81-84.
6. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Батыралиев Т.А., Першуков И.В. Место диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности. Часть I. // Кардиология. – 2005. – №8. С.76-83.
7. Bristow M.R. Pathophysiologic and pharmacologic rationales for clinical management of chronic heart failure with  $\beta$ -blocking agents. // Amer.J.Cardiology. – 1993. – Vol.71. –P.12c-22c.
8. CIBIS II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS II): a randomized trial // Lancet. – 1999. – Vol.353. – P.9-13.
9. Coats A.J.S. SENIORS: Study of Effects of Nebivolol Intervention on Outcomes and Rehospitalisation in Seniors with heart failure. Program and abstracts from the European Society of Cardiology Congress 2004; August 28-September 1, 2004; Munich, Germany.
10. Effect of carvedilol on survival and hemodynamics in patients with atrial fibrillation and left ventricular dysfunction: Retrospective analysis of the US Carvedilol Heart Failure Trials Program / Joglar L.A., Augusta A.P., Shusterman N.H. et al. // Am.Heart J. – 2001. – Vol.142. – P.498-501.
11. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. // Europ. Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 1527-1560.
12. Khand A.U., Rankin A.C., Kaye G.C., Cleland J.G. Systematic review of the management of atrial fibrillation in patients with heart failure. // Europ. Heart J. – 2000. – Vol. 21. – P. 614-632.
13. Lopez Jose F. Congestive heart failure in the elderly. // Cardiology. – 1992. – Vol.8, №8. - P.16.
14. MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). // Lancet. – 1999. – Vol.353(9169).–P.149-155.
15. Packer M., Coats A.J.S., Fowler M.B. et al., for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure // New Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344. – P. 1651-1658.
16. Packer M., Fowler M.B., Roecker E.B. et al. for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival (COPERNICUS) Study Group. Effect of carvedilol on morbidity in patients with severe chronic heart failure: results of the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival (COPERNICUS) Study. // Circulation. – 2002. – Vol. 106. – P. 2194-2199.
17. Waagstein F., Bristow M.R., Swedberg K. et al., for the MDC Trial Study Group. Beneficial effect of metoprolol in idiopathic dilated cardiomyopathy // Lancet. – 1993. – Vol. 342. – P. 1441-1446.

### Реферат

#### СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ждан В.Н., Китура Е.Н., Волченко Г.В., Китура О.Е.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, пожилой возраст.

В статье рассмотрены особенности сердечной недостаточности людей пожилого возраста. Сделан вывод, что возможности эффективной терапии ХСН в старшей возрастной группе позволяет переосмыслить традиционный взгляд на безуспешность этой категории больных и может полностью окупить затраты благодаря их активному участию в жизни общества. С этой позиции разработка и внедрение принципов рационального ведения больных с ХСН, что с определенной закономерностью развивается в старости и рассматривается традиционно как «заболевания с плохим прогнозом», приобретает новый смысл.

УДК 616.89 – 008.441.1:577.1

#### КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДАХ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

**Животовська Л.В.**

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

*Досліджено вплив препарату Еспа-ліпон на клінічні та біохімічні показники у хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю на початковому етапі становлення ремісії. Отримані результати показали, що застосування препарату Еспа-ліпон в комплексній терапії при алкогольній залежності виявилось досить ефективним у пацієнтів з астено-депресивною та астеничною симптоматикою на ґрунті органічної патології. Препарат має позитивний ефект по відношенню до емоційних порушень астено-депресивного спектру, покращує когнітивні функції, має патогенетичний вплив на нормалізацію вуглеводного обміну, сприяє біологічній та соціальній адаптації хворих.*

Ключові слова: алкоголь психічні та поведінкові розлади.

Алкогольна залежність належить до мультифакторних захворювань, тобто таких форм патології, в етіопатогенезі, клінічних проявах, перебігу та прогнозі яких бувають участь численні негативні фактори зовнішнього та внутрішнього середовища [1, 2]. У зв'язку з цим розглядаються так звані сучасні форми алкогольної хвороби, які мають широку розповсюдженість, належать до патології зміненої ендоекології [3], відрізняються атипичним перебігом, проявляються протягом життя певними комплексами порушень складних інтегративних духовних, церебраль-

них, регуляторних, обмінних та інших функцій [1].

За останні роки при алкогольній залежності все частіше спостерігаються явища циклічності, що проявляються у виникненні періодичних запійних станів з ознаками нестримного, неконтрольованого компульсивного потягу до алкоголю, що призводить до масивної інтоксикації, яка фазно завершується генералізованим психічним і фізичним виснаженням. Патоморфоз сучасних форм алкогольної залежності обумовлює значні ускладнення її клінічної картини з поглибленням