

гіпоехогенної зони, наявності гіперехогенних ділянок. Якщо на 9 добу ширина гіпоехогенної зони не зменшується, при цьому відсутні ділянки гіперехогенності, це свідчить про порушення нормального перебігу ранового процесу, прогнозується можливе мікробне запалення в рані, що потребує корекції лікувальної тактики і ретельного динамічного спостереження за перебігом ранового процесу.

Література

1. Галимов О.В. Некоторые аспекты хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения / О. В. Галимов [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 44-46.
2. Измайлов С. Г. Ультразвуковой метод контроля течением раневого процесса в передней брюшной стенке / С. Г. Измайлов, А. А. Бодров, В. М. Лазарев [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 6. – С. 41-45.

3. Ильченко. Ф.Н. Особенности контроля состояния и ведения раны после реконструктивной операции у больных послеоперационными грыжами / Ф. Н. Ильченко, Н. Н. Деркач, М. М. Сербул [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – Т. 13. – № 4 (52). – С. 72-76.
4. Кателых О.В. Особенности лікування операційної рани у пацієнтів з ожирінням / О.В. Кателых, С.Д. Хімич // Клінічна хірургія. – 2005. – №11/12. – С. 31.
5. Лаврик А.С. Проблеми загоєння операційної рани у хворих на ожиріння / А.С. Лаврик, О.С. Тивончук, О.Ф. Бубало [та ін.] // Клінічна хірургія – 2007. – №11/12. – С. 37-38.
6. Лупальцов В.К. Профилактика гнойных осложнений в хирургии послеоперационной грыжи у больных, страдающих ожирением / В.К. Лупальцов // Клінічна хірургія. – 2003. – №11. – С. 52-53.
7. Сажин В.П. Ультразвуковая оценка течения раневого процесса после эндоскопических операций при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей / В. П. Сажин, В. П. Жаболенко, А. В. Сажин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 4-7.
8. Alexander J. Prevention of deep wound infection in morbidly obese patients by infusion of an antibiotic into the subcutaneous space at the time of wound closure / J. Alexander, R. Rahn // Obes Surg. – 2004. – V. 14 – P. 970-974.

Реферат

УЗИ - ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ.

Осипов А.С., Малик С.В., Лавренко Д.А., Безручко М.В.

Ключевые слова: ожирение, раневые осложнения, УЗИ-диагностика.

Для раннего выявления послеоперационных раневых осложнений больным с сопутствующим ожирением в послеоперационном периоде проводилось УЗИ зоны операционной раны в динамике. Выявлено, что кроме специфических УЗ-признаков раневых осложнений, диагностическую ценность имеет ширина гипоехогенной зоны. Отсутствие уменьшения ширины гипоехогенной зоны позже 9 суток и отсутствие участков гиперехогенности свидетельствует о нарушении процесса заживления раны.

Summary

ULTRASONIC DIAGNOSIS OF POST-SURGICAL WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT OBESITY

Osipov A.S., Malik S.V., Lavrenko D. A, Bezruchko M.V.

Keywords: obesity, wound complications, ultrasonic diagnostics.

For the early detection of post-surgical wound complications in the patients with concomitant obesity during the post-operative period we conducted US scanning of surgical wounds in dynamics. It has been revealed that in addition to specific US signs of wound complications the breadth of hypoechoic area is of great diagnostic value. No signs in diminishing of the breadth of hypoechoic area after 9 days and the absence of the areas of hypoechogenicity points out the abnormalities in usual course of wound healing.

УДК 616.233-002.2-071-08

Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Люлька Н.О.,

Соколюк Н.Л., Гаєвський С.О., Моторна Н.М.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ХОЗЛ І АГ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава.

В роботі розглянуто особливості клініки та лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ). Встановлено, що у 27.6% випадків ХОЗЛ супроводжувалося АГ. У 74 хворих з поєднаною патологією гіпертензія діагностована на 6-8 років раніше ніж ХОЗЛ. Виявлені взаємообтяжуючі фактори цих захворювань, пов'язані між собою патофізіологічними механізмами. Досліджено вплив тривалої комбінованої терапії амлодипіном та олмесартаном на показники артеріального тиску, гемодинаміки та функції зовнішнього дихання. Доведено, що таке лікування є ефективним та безпечним для пацієнтів з ХОЗЛ в поєднанні з АГ.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, артеріальна гіпертензія

В щоденній лікарській практиці все частіше зустрічаються пацієнти, в яких виявляється поєднання декількох хвороб, що створює певні труднощі в підборі лікарських засобів, особливо в їх раціональних комбінаціях.

Тому на сучасному рівні соціально-економічних умов та етапі розвитку клінічної медицини велика увага приділяється вивченню

особливостей перебігу та лікуванню коморбідних станів, коли поєднуються декілька захворювань, зокрема, серцево-судинної системи та органів дихання. Для такого міксту є об'єктивні передумови: єдність низки патогенетичних механізмів, наявність загальних факторів ризику (в першу чергу паління), вік дебюту та маніфестні ознаки захворювань.

В останні десятиліття в різних країнах світу

спостерігається значне зростання хворих з такою констеляцією хвороб, як хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та артеріальна гіпертензія (АГ). У хворих на ХОЗЛ артеріальна гіпертензія зустрічається частіше, ніж в загальній популяції. Наявність супутньої АГ підвищує ризик серцево-судинних ускладнень та має негативний вплив на перебіг ХОЗЛ [1, 2, 3].

За нашими даними, які базуються на аналізі історій хвороб пацієнтів із ХОЗЛ, що лікувалися в Полтавській обласній клінічній лікарні ім. М.В. Скліфосовського в 2010 – 2011 роках, поширеність АГ у хворих на ХОЗЛ становить 26,7%.

Існують різні погляди на патогенетичні взаємини ХОЗЛ та АГ: одні вчені вважають, що обидва захворювання розвиваються незалежно одне від одного під впливом факторів ризику, інші – що ХОЗЛ є причиною розвитку АГ, до того ж деякими вченими така АГ розглядається як симптоматична.

На наш погляд, одним з механізмів розвитку АГ у хворих з патологією органів дихання є активація симпатоадреналової системи. Зокрема, встановлено підвищений рівень норадреналіну в разі лабільного, а також і стабільного характеру бронхіальної обструкції, що може свідчити про порушення метаболічної функції легень і ролі симпатоадреналової системи в появі та прогресуванні АГ. Одночасно відбувається дисбаланс адренергічної рецепції у вигляді зниження чутливості β -адренорецепторів та підвищення чутливості α -адренорецепторів. Як відомо, при ХОЗЛ спостерігається підвищення активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, зокрема, збільшення секреції альдостерону і активності реніну плазми крові. Тому артеріальна гіпертензія негативно впливає на клінічний перебіг ХОЗЛ, як і ХОЗЛ на АГ, взаємообтяжуючи перебіг цих захворювань.

Досягнення максимальної ефективності та безпечності лікування хворих на АГ і ХОЗЛ є завданням достатньо складним, оскільки і на сьогоднішній час більшість сучасних рекомендацій розроблені фахівцями для кожної патології окремо. Так, лікування хворих на ХОЗЛ регламентоване наказом МОЗ України № 128 (2007р.) [4]. Також існують рекомендації експертів БООЗ, Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, де визначені групи препаратів першої лінії лікування АГ: діуретики, β -блокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), антагоністи рецепторів ангіотензину II (АНА II) та антагоністи кальцію (АК), що дає змогу лікарю вільного вибору з терапії АГ із урахуванням індивідуальних факторів ризику серцево-судинних захворювань, перебігу супутніх захворювань та індивідуальної непереносимості препаратів [4, 5, 6].

Але поєднання АГ і ХОЗЛ змушує особливо обережно та ретельно підбирати гіпотензивну терапію для цієї категорії пацієнтів з урахуванням можливих побічних реакцій вказаних груп

препаратів. Так, призначення β -блокаторів у хворих з бронхіальною обструкцією є небезпечним. Навіть високоселективні препарати цієї групи можуть призвести до посилення легеневої недостатності [7]. АК короткої дії мають властивості викликати тахікардію і провокувати затримку рідини, збільшуючи набряки. Діуретики здатні погіршувати реологічні властивості крові за рахунок її згущення та підвищення гематокриту, порушувати електролітний баланс, що може негативно впливати на перебіг ХОЗЛ. ІАПФ мають доведений гіпотензивний, кардіо- і нефропротекторний ефект, але внаслідок порушення метаболізму брадикініну вони можуть підсилювати кашель та підвищувати реактивність бронхів, що обмежує їх застосування у хворих на ХОЗЛ [8].

Наші клінічні спостереження свідчать про те, що більш ніж у 50% випадків для досягнення сприятливого прогнозу у пацієнтів, які страждають на ХОЗЛ з супутньою АГ, недостатнім є призначення лише одного антигіпертензивного препарату і тому потребує використання їх комбінацій. У багатьох клінічних дослідженнях доведено переваги використання комбінованої антигіпертензивної терапії перед монотерапією, які вияляються у більш вираженому зниженні АТ, зменшенні маси міокарда лівого шлуночка та покращанні діастолічної функції серця [9, 10].

Поєднане застосування кальцієвого антагоніста тривалої дії останнього покоління амлодипіну та іноваційного блокатора рецепторів ангіотензину II – олмесартану медоксомілу розглядається як доцільна та раціональна комбінація антигіпертензивних препаратів. Це можна пояснити, по-перше, високою безпекою та ефективністю; по-друге, нівелюванням побічних явищ, які виникають під час монотерапії даними препаратами; по-третє, метаболічною нейтральністю, що дозволяє використовувати цю комбінацію препаратів у хворих з порушеним ліпідним спектром крові, цукровим діабетом, ендокринопатіями та ожирінням, метаболічним синдромом, а також у пацієнтів з порушеним обміном пуринів; по-четверте, високими вазопротекторними та органопротекторними властивостями [11, 12].

Мета дослідження

Є вивчення поширеності, особливостей клінічного перебігу поєднаної патології та оцінка ефективності тривалої фіксованої пероральної комбінації амлодипіну та олмесартану медоксомілу (кардосалу).

Матеріали та методи дослідження

З метою визначення поширеності АГ у хворих на ХОЗЛ проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в пульмонологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського протягом 2010 – 2011 років. Серед обстежених було 48% жінок та 52% чоловіків, за віком групи були репрезентативні, середній вік жінок становив $56,6 \pm 8,1$ років, чоло-

віків – $59 \pm 7,3$ років. Встановлено, що із 100 хворих у 66 виявлялась поєднана патологія, зокрема ГХ і ХОЗЛ. Слід зауважити, що у 49 хворих АГ виявлялась значно раніше (на 6-8 років), ніж ХОЗЛ, і тільки у 17 хворих цей діагноз був встановлений під час обстеження та лікування в спеціалізованому відділенні з приводу ХОЗЛ. Середня тривалість анамнезу АГ складала $16,8 \pm 1,7$ років.

Серед обстежених були пацієнти з ХОЗЛ II та III стадій, відповідно – 55,8% і 44,2%. ГХ встановлювали на підставі даних анамнезу, результатів клінічного та інструментального обстеження після виключення симптоматичних гіпертензій відповідно до рекомендацій ВООЗ та Української асоціації кардіологів (2004 р.).

Таким чином, виявлено досить значний прошарок хворих із поєднаними захворюваннями серця та органів дихання, які складають в структурі всіх хворих, що лікувалися в пульмонологічному відділенні, 26,7%.

Аналіз клініко-функціонального обстеження, який включав оцінку даних анамнезу, фізикального обстеження, електрокардіографію у 12 відведеннях, рентгенографію органів грудної клітки, спірографію, бронходилатаційний тест, показники гемограми та холтеровське моніторування ЕКГ дали змогу визначити деякі особливості в клінічному перебігу поєднаної патології. Так, за даними ЕКГ в динамічному спостереженні було виявлено, що у 17,8% хворих з поєднаною патологією відмічались порушення ритму та провідності серця, тоді як у хворих на ХОЗЛ без АГ їх виявляли значно рідше (7,9%).

За результатами добового моніторування ЕКГ встановлено, що порушення ритму та провідності виявлялись у 85,9% хворих з поєднаною патологією, тоді як у хворих на ХОЗЛ без АГ такі зміни відмічались тільки у 39,2%. Найчастіше діагностували синусову тахікардію, причому достовірно частіше у хворих із поєднаною патологією – 85,7%, і тільки у 32,9% хворих на ХОЗЛ ($p < 0,001$).

Така ж закономірність відмічалась і при виявленні суправентрикулярних екстрасистол у пацієнтів цих двох груп: відповідно у 76,3% та 42,7% випадків. Достовірно частіше виявляли суправентрикулярні екстрасистולי високих градацій у хворих з поєднанням АГ і ХОЗЛ в порівнянні з хворими на ХОЗЛ без АГ: відповідно 67,8% та 10,9%; ($p < 0,001$). Шлуночкові екстрасистולי (ізолювані, та високих градацій) також достовірно частіше виявлялись у хворих з поєднаною патологією: відповідно у 63,7% і 14,9% та 17,5% і 8,3% випадків.

Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка у хворих з поєднаною патологією були виявлені у 41,3% випадків, тоді як при ХОЗЛ – у 6,2% хворих.

Добовий моніторинг ЕКГ дав змогу виявити епізоди больової (БІМ) та безбольової ішемії міокарда (ББІМ) як у хворих з поєднаною патологією, так і у хворих на ХОЗЛ. Слід відмітити, що у

39,6% хворих з поєднаною патологією та у 10,1% хворих на ХОЗЛ діагностовано хоча б один епізод БІМ, в той же час добовий моніторинг показав, що у 47,3% хворих I групи та 32,2% хворих II групи були зареєстровані епізоди ББІМ.

Таким чином, наведені дані свідчать, що функціональні зміни серцево-судинної системи, які діагностуються і у хворих на ХОЗЛ без підвищеного артеріального тиску, значно частіше мають місце у хворих з поєднаною патологією (АГ і ХОЗЛ). Пояснити це можливо взаємообтяжливими факторами двох патологій, які тісно пов'язані між собою патогенетичними та патофізіологічними механізмами. АГ погіршує перебіг ХОЗЛ, а хронічна гіпоксія та обструктивний синдром сприяють прогресуванню ішемічних проявів і АГ. Основними ланками патогенезу БІМ та ББІМ у пацієнтів з обструктивними та серцево-судинними захворюваннями може бути розвиток вентиляційної гіпоксемії або гіпоксії в поєднанні з легеневою гіпертензією, гіперкінетичним типом кровообігу, що в свою чергу призводить до збільшення потреби міокарда в кисні, порушення реологічних властивостей крові, спазму коронарних артерій та індукованому розвитку атеросклерозу [3, 12].

Лікування хворих з поєднаною патологією вимагає більш прискіпливої оцінки ступеню безпечності та ефективності того чи іншого препарату або ж їх комбінацій.

Подальшим завданням даного дослідження була оцінка клінічної ефективності тривалої антигіпертензивної терапії комбінацією амлодипіну та олмесартану медоксомілу (кардосалу), вплив її на системну геодинаміку, структурно-функціональний стан серця у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ.

Обстежено 53 хворих віком 45-59 років (середній вік $52,3 \pm 2,5$ років), із яких жінки складали переважну більшість (37). Хворі страждали на ХОЗЛ II та III стадії тяжкого перебігу в фазі нестійкої ремісії і в анамнезі мали супутню АГ, середня тривалість якої складала $8,6 \pm 1,7$ років.

Діагноз АГ вважався верифікованим після комплексного обстеження та виключення симптоматичної артеріальної гіпертензії при рівні артеріального тиску (АТ), який перевищував 140/90 мм рт. ст.

Критеріями виключення з дослідження були: серцева недостатність III функціонального класу і вище, ниркова недостатність, ІХС, вади серця, вторинна гіпертензія.

У всіх хворих була діагностована АГ II стадії, а за рівнем артеріального тиску хворі розподілялись наступним чином: у 10 (18,8%) була м'яка, у 32 (60,4%) помірна і у 11 (20,8%) хворих була тяжка гіпертензія.

Лікування ХОЗЛ здійснювали відповідно до існуючих рекомендацій.

Хворим, які отримували антигіпертензивну терапію і не мали достатнього клінічного ефекту, всі гіпотензивні лікарські засоби скасовувалися

за 7 – 10 днів до нашого дослідження.

Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводили загальноклінічні обстеження, оцінювали біохімічні показники креатиніну, сечовини, білірубину, АСТ, АЛТ, рівень калію та натрію, холестерину та тригліцеридів в плазмі крові. Ехокардіографічне дослідження серця проводили за загальноприйнятою методикою з визначенням наступних параметрів: кінцевий систолічний (КСР) і кінцевий діастолічний (КДР) розміри лівого шлуночка (ЛШ), КДР правого шлуночка (ПШ), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП), розмір лівого передсердя (ЛП), ударний об'єм серця (УО), фракція викиду (ФВ).

Хворим на початку та наприкінці дослідження проводили офісне вимірювання АТ (САТ і ДАТ).

Вимірювали АТ вранці відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів (2004 р.). Динамічне спостереження за показниками функції зовнішнього дихання (ЖЕЛ, ОФВ₁) проводили за допомогою комп'ютерного спірографа з записом петлі «потік – об'єм».

Усім пацієнтам призначали лікування комбінацією препаратів амлодипін (нормодипін) “Ріхтер Гедеон Нрт” та кардосал (олмесартан) “Berlin – Chemie Menarini” у фіксованих дозах відповідно 5 і 10 мг. Якщо через 2 тижні не досягали зниження середнього рівня САТ/ДАТ до 140/90 мм рт. ст., то окремим пацієнтам збільшували дозу кардосалу ще на 5 мг, не змінюючи при цьому дозу амлодипіну. Максимальна добова доза кардосалу для окремих пацієнтів складала до 20мг. Середня доза кардосалу в дослідженні була $16,5 \pm 1,2$ мг на добу.

Тривалість спостереження складала 6 місяців. В окремих випадках (тяжка АГ III ступеню) при необхідності з 10 – 12-ї доби до лікування додавали гідрохлортіазид (12,5 – 25мг на добу).

Отримані результати порівнювали з використанням методу варіаційної статистики, достовірність різниці показників оцінювали за критеріями Ст'юдента та Хі-квадрат.

Результати та їх обговорення

Після 6 місяців антигіпертензивної терапії комбінацією амлодипіну та кардосалу у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ відзначено позитивний клінічний ефект: зниження частоти та інтенсивності головного болю, відчуття «важкості» у голові, числа запаморочень, болю в ділянці серця, а також підвищення працездатності. Як правило, хворі добре переносили призначену комбіновану антигіпертензивну терапію, кількість побічних реакцій була незначною. Так, у одного пацієнта було виявлено набряк гомілок на 4 день лікування, у іншого на 2-й день відмічалось почервоніння обличчя і незначна тахікардія. Ці прояви ми розцінили як типові для препаратів групи антагоністів кальцієвих каналів, які не потребували відміни амлодипіну, лише корекції його дози – зменшення до 2,5 мг.

У 87% обстежених хворих м'якою і помірною АГ під час комбінованої антигіпертензивної терапії було досягнуто цільового рівня офісного АТ. У 14% пацієнтів (група хворих з тяжкою АГ) відзначено задовільний антигіпертензивний ефект – САТ знижувався на 10-15 мм. рт. ст, а ДАТ – на 5 мм рт. ст.

Антигіпертензивний ефект даної комбінації препаратів проявлявся у більшості випадків на другу - третю добу, коли АТ починав поступово знижуватись, й у випадку підбору адекватної для хворого дози на 8-10 добу досягав цільового рівня. Під впливом проведеного лікування рівні офісного САТ і ДАТ, а також розрахунковий середній АТ (середньомодинамічний) знизилися відповідно на 24,2 і 13,3 мм. рт. ст. (табл. 1). У відсотковому відношенні найбільш значимо знижувався рівень пульсового АТ (ПАТ) – на 20,1%, що може свідчити про покращення демпфуючої властивості аорти – головної магістралі великого кола кровообігу. Антигіпертензивна дія комбінації препаратів здійснювалася шляхом зменшення ЗПСО на 9.2% ($p < 0,05$).

Таблиця 1.
Зміни показників системної гемодинаміки у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ під впливом комбінованої антигіпертензивної терапії

Показник	Значення показника (М ± m)	
	До лікування	Після лікування
Офісний САТ, мм рт. ст.	172 ± 7	141 ± 5 $p < 0,001$
Офісний ДАТ, мм рт. ст.	95 ± 3	81 ± 4 $p < 0,01$
Офісний СерАТ, мм рт. ст.	131 ± 4	110 ± 3 $p < 0,001$
Офісний ПАТ, мм рт. ст.	75 ± 3	61 ± 2 $p < 0,001$
ЧСС, уд/хв	72 ± 6	70 ± 5
УО, мл	$79,67 \pm 4,51$	$76,97 \pm 3,95$
ХОК, л/хв	$5,30 \pm 0,41$	$5,18 \pm 0,39$
CI, л/(хв·м ²)	$3,0 \pm 0,20$	$2,91 \pm 0,19$
УІ, мл/м ²	$44,81 \pm 3,0$	$42,97 \pm 2,7$
ЗПСО, кПа·с/л	$182,3 \pm 2,4$	$169,0 \pm 5,0$ $p < 0,05$

Як видно із таблиці, не відзначалося достовірної динаміки величин ЧСС, УО, ХОК та CI і УІ.

Аналіз структурно-функціонального стану серця у хворих з поєднаною патологією на фоні тривалої комбінованої антигіпертензивної терапії виявив зменшення розміру ЛШ за рахунок

зменшення товщини стінок МШП (міжшлуночкової перетинки) і ЗСЛШ (задньої стінки лівого шлуночка) відповідно на 8,5 і 10% (обидва $p < 0,01$), що може свідчити про помірний антигіпертрофічний ефект, за рахунок кардіопротективної дії комбінованої терапії.

Тривала комбінована антигіпертензивна терапія пацієнтів з АГ на фоні ХОЗЛ показала також позитивну геометричну перебудову камер серця і покращення його систолічної функції. Так, ФВ (фракція викиду) збільшилася на 4,7%

($p < 0,05$).

Показники функції зовнішнього дихання у хворих за термін спостереження суттєво не змінилися (табл. 2).

Таблиця 2.

Показники функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ з АГ при лікуванні амлодипіном та кардосалом

Показники	Строки обстеження	
	До лікування (n = 53)	Після лікування (n = 53)
ЖЕЛ, %	58,93 ± 3,12	61,87 ± 2,83
ОФВ ₁ , %	59,10 ± 2,89	60,03 ± 2,73

Спостереження протягом 6 місяців не виявило негативних зрушень біохімічних показників печінки і нирок, що свідчить про безпечність використаних препаратів.

Висновки

Існує досить значний прошарок пацієнтів, які страждають поєднаною патологією, зокрема, обструктивними захворюваннями органів дихання та АГ. Ця констеляція хвороб має особливості в клінічному перебігу, які свідчать про розвиток синдрому взаємобтяжування: АГ значно погіршує перебіг ХОЗЛ, а хронічна гіпоксія та бронхообструкція сприяють прогресуванню АГ та ішемічним проявам.

Лікування таких хворих вимагає більш прискіпливого підбору лікарських засобів, оцінки ступеню їх ефективності та безпечності.

Тривала комбінована терапія пролонгованими лікарськими формами, зокрема, амлодипіном (компанія «Ріхтер Гедеон Нрт») та олмесартаном (кардосалом – компанія «Berlin – Chemie Menarini») є ефективною та безпечною для пацієнтів з поєднаною патологією ХОЗЛ і АГ. Окрім плавного та тривало-сталого антигіпертензивного ефекту, прийом цих препаратів поліпшує показники структурно-функціонального стану серця, знижує легеневий судинний опір, не підвищує гіперреактивність бронхів та не впливає на частоту серцевих скорочень.

Література

1. Свиридов А. А. Безболевого ишемия у больных хроническими обструктивными заболеваниями лёгких и возможности лечения /

- А. А. Свиридов, А. В. Манцурова, З. О. Гринева [и др.] // Росс. кардиологический журн. – 2000. – № 1. – С. 68–71.
2. Козачок М. М. Оцінка безпечності застосування кардіоселективного аденоблокатора небіволулу у хворих із серцево-судинними порушеннями та супутньою патологією бронхолегеневої системи / М. М. Козачок, М. М. Селюк // Серце і судини. – 2004. – № 2. – С. 104–107.
3. Распутіна Л. В. Особливості клінічного перебігу гіпертонічної хвороби у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень / Л.В. Распутіна // Вісник Укр. медичної стоматологічної академії. Актуальні проблеми сучасної медицини. – Том 10, вип. 2 (30). – С. 96–99.
4. Наказ МОЗ України № 128 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гульмонологія». – К., 2007. – 14 с.
5. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К., 2004. – 83 с.
6. Stewart A. L. Functional status and well-being of patients with chronic conditions / A. L. Stewart, S. Greenfield, R. D. Hays [et al.] // results from the Medical Outcomes Study JA MA. – 1989. – №262. – P. 907–913.
7. Formgren H. The effect of metoprolol and practolol on lung function and blood pressure in hypertensive asthmatics / H. Formgren, Br. J. Clin // Pharmacol. – 1983. – № 3. – P. 1007–1014.
8. Semple P. F. Cough and wheeze caused by inhibitors of angiotensin-converting enzyme / P. F. Semple, G. W. Herd, N. Engl // J. Med. – 1986. – P. 314–361.
9. Arslanagic F. Clinical study on safety and efficacy of the administration oamlodipine in a combination with lisinopril in hypertensive patients / F. Arslanagic, I. Zulic, A. Bajraktarevic // Med. Arh. – 2005. – V. 59, №6. – P. 346–348.
10. Aytemir K. The signal-averaged ECGP-wave duration is longer in hypertensive patients with history of paroxysmal atrial fibrillation as compared to those without / K. Aytemir, B. Amasyali, G. Abali [et al.] // Int. J. Cardiol. – 2005. – V. 103, № 1. – P. 37–40.
11. Neutel J. M. Efficacy of combination therapy for systolic blood pressure in patients with severe systolic hypertension: the systolic Evaluation of Lotrel Efficacy and Comparative Therapies (SELECT) study / J. Neutel, D. H. Smith, M. A. Weber [et al.] // J. Clin. Hypertens. – 2005. – V. 7, № 11. – P. 641–646.
12. Philipp T. Two multicenter 8-week randomized double-blind placebo-controlled parallel-group studies evaluating the efficacy and tolerability of amlodipine and valsartan in combination and as monotherapy in adult patients with mild to moderate essential hypertension / T. Philipp, T. R. Smith, R. Glazer [et al.] // Clin. Ther. – 2007. – V. 29, № 4. – P. 563–580.

Реферат

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ХОЗЛ И АГ

Потяженко М.М., Ищейкин К.Е., Люлька Н.А., Соколюк Н.Л., Гаевский С.А., Моторна Н.Н.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, артериальная гипертензия.

В статье рассмотрены особенности клиники и лечения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). Установлено, что в 66% случаев ХОЗЛ сочеталось с АГ. У 74 больных с сочетанной патологией гипертензия диагностирована на 6-8 лет раньше, чем ХОЗЛ. Показаны взаимоотношения факторы этих заболеваний, связанные между собой патофизиологическими механизмами. Исследовано влияние длительной комбинированной терапии амлодипином и олмесартаном на показатели артериального давления, гемодинамику и на функцию внешнего дыхания. Доказано, что такое лечение является эффективным и безопасным для пациентов с ХОЗЛ в сочетании с АГ.

Summary

CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF COMBINED PATHOLOGY CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

Potyazhenko M.M., Ishcheykin K.Ye., Lulka N.A., Sokolyuk N.L., Gayevskiy S.O., Motorna N.N.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension

This article focuses on the course and the therapy of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and concomitant arterial hypertension (AH). It has been established that in 66 % of cases COPD was combined with AH. 74 patients with this combined pathology had been diagnosed to have AH 6-8 years before COPD was detected. The paper pays attention to mutually burdening factors of the diseases interlinked with each other by pathophysiological mechanisms. We have studied the effect of prolonged combined therapy with Amlodipin and Olmesartan on the parameters of arterial pressure, haemodynamics and the function of external breath. It has been proven this combined therapy is more effective and safer for patients with COPD and concomitant AH.

УДК: 616.98:616.24-002(477.53)

Прийменко Н.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ, ЯКІ УСКЛАДНЮВАЛИ ГРИП А/Н1N1 В ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2009-2010 РР. В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

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

Метою роботи було проаналізувати клінічний перебіг пневмоній, які ускладнюють перебіг грипу А/Н1N1. Проведено аналіз клініко-лабораторних даних 54 хворих на грип А/Н1N1 ускладнений пневмонією. Було встановлено, що клінічний перебіг пневмонії, яка ускладнювала грип А/Н1N1 мала особливості: в початковому періоді домінували симптоми тяжкого перебігу грипу, які маскували ранній розвиток пневмонії, що й стало причиною пізньої госпіталізації хворих (після 4-го дня захворювання – 79,5% пацієнтів); аускультативна картина пневмонії та зниження пульсової сатурації кисню випереджали рентгенологічні зміни. Рентгенологічними особливостями пневмонії при грипі А/Н1N1 були: первинне ураження базальних відділів із подальшим розповсюдженням патологічного процесу та переважання двобічного (зливного та субтотального) запалення в легенях (51,8%). Значна кількість хворих мала тяжкий перебіг захворювання та потребувала кисневої терапії. Раннє призначення антибактеріальної терапії не попереджало розвиток пневмонії та її прогресування, що свідчило про первинний вірусний характер ураження легень. В мікробному пейзажі бактеріологічного дослідження харкотиння хворих на грип А/Н1N1, ускладнений пневмонією, частіше виділяли Stretococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecium.

Ключові слова: пандемія, грип, пневмонія, тяжкий перебіг, лікування

Фрагмент наукової теми НДІ Генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА»: «Визначення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів у механізмах розвитку імуноопосередкованих захворювань», № державної реєстрації 0109U001629.

За підрахунками ВООЗ, щороку на грип в світі хворіє до 500 млн. осіб, 2 мільйони з яких помирає. В Україні кількість хворих щорічно сягає 10-14 мільйонів, що складає 95% від усіх зареєстрованих випадків інфекційних захворювань [1]. Під час пандемії грипу, які в людській популяції пов'язані з шифтовими змінами збудника, захворюваність населення зростає до 50-70% [2].

Епідеміологія грипу А/Н1N1/California, який почав циркулювати в 2009 році, характеризувалась всіма ознаками пандемії: відсутністю популяційного імунітету на момент активної циркуляції вірусу, весняно-літньою первинною хвилею, вивісненням вірусу попередника, зростанням захворюваності в 3-4 рази порівняно з триваючими епідеміями, ураженням всіх вікових груп населення, збільшенням частоти тяжких форм захворювання з ускладненнями, зростанням летальності в 5-10 разів, глобальним розповсюдженням протягом 1-2 років [3]. Важливою особливістю перебігу пандемічного варіанту грипу було часте та виражене ураження дихальних шляхів

із розвитком та швидким прогресуванням гострої дихальної недостатності внаслідок респіраторного дистрес-синдрому й пневмонії, які вимагали лікування хворих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії [4].

Відомо, що грип ускладнюється пневмонією в 10% всіх захворівших і приблизно в половині госпіталізованих [5]. Найтяжчий перебіг мають вірусні та вірусно-бактеріальні пневмонії. Вторинна бактеріальна пневмонія, збудниками якої найчастіше є Streptococcus pneumonia (48%), Staphylococcus aureus (15-30%) розвивається у 25% хворих [6].

За період пандемії грипу А/Н1N1/California 2009-2010 рр. в Полтавській області захворіло на грип більше 160 тис. осіб. Ускладнення пневмонією розвинулось у 39% хворих і в 21 пацієнта закінчилось летально.

Отже, проблема грипу та його ускладнень є актуальною, що й обумовлює необхідність узагальнення досліджень з метою покращення в подальшому його діагностики та лікування.