

THE USE OF EARLY PREVENTIVE THERAPY OF STRESS AND ACUTE EROSIONS AND ULCERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN POLYTRAUMA VICTIMS*V.P. Poliovyi, K.N. Nurdinov*

Abstract. The paper presents the experimental findings of a research of the antioxidant system status in 67 victims with a polytrauma with a high risk of the development of the syndrome of a polyorganic dysfunction. A regimen of early multimodality preventive therapy of enteral insufficiency in case of a polytrauma is adduced.

Key words: polytrauma, multi organ failure syndrome, enteral insufficiency, therapy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. В.В. Білокий

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 65-69

Надійшла до редакції 29.06.2011 року

© В.П. Польовий, Х.Н. Нурдінов, 2011

УДК 612.12-008.331.1:616-08:616.24

*Л.В. Распутіна***СПОСІБ РАЦІОНАЛЬНОЇ КОМБІНАЦІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В ОСІБ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. Вивчено ефективність та безпечність антигіпертензивної терапії фіксованої комбінації раміприлу та гідрохлортіазиду і комбінації фіксованої дози раміприлу з гідрохлортіазидом та амлодипіном у хворих, що мали поєднання ХОЗЛ II-IV стадії та ГХ II-III стадії, вплив препаратів на рівень АТ, показники добового моніторингування АТ та ЕКГ, функцію зовнішнього дихання, параметри центральної гемодинаміки. Клінічно-функціональна оцінка порівняння комбінацій раміприлу та гідрохлортіазиду, а також раміприлу, гідрохлортіазиду та амлодипіну в осіб із поєднаним перебігом

ХОЗЛ та ГХ, виявило високу ефективність як у I групі так і в II групі. Включення в комбінацію амлодипіну в дозі 5 мг, окрім стійкого зниження АТ, сприяє зменшенню частоти епізодів больової та безбольової ішемії міокарда, пароксизмів фібриляції передсердь. Комбінація з амлодипіном сприяє достовірному зменшенню товщини міжшлуночкової перегородки, лівого та правого передсердя.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, хронічне обструктивне захворювання легень, раміприл, гідрохлортіазид, амлодипін.

Вступ. Поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у світі серед чоловіків та жінок становить 9,3% та 7,3%, серед курців – 26,2 та 23,7% відповідно[4,7,8]. Смертність від ХОЗЛ стрімко зростає. За даними Європейського респіраторного товариства (ERS) прогнозується зростання смертності від ХОЗЛ до 2020 року, коли вона вийде на 4-е місце після таких захворювань, як ішемічна хвороба серця (ІХС), цереброваскулярні захворювання, рак легень, – така тенденція характерна як для Східної, так і для Західної Європи. Поєднання ХОЗЛ та захворювань серцево-судинної системи, особливо артеріальної гіпертензії (АГ), коливається в межах від 6,8% до 72,3%, за даними різних авторів[4,9].

Лікування хворого на АГ, що має супутнє ХОЗЛ, становить одну з актуальних проблем сучасної медицини, адже вибір тактики лікування, окрім високої ефективності, повинен бути безпечним, не впливати негативно на функцію зовнішнього дихання, легеневу гемодинаміку та муко-

цилярний кліренс. Існують наукові думки, підтверджені низкою різних досліджень, що у хворого з поєднаною патологією можуть застосовуватися всі групи препаратів, рекомендовані для лікування артеріальної гіпертензії. Проте вибір антигіпертензивних препаратів обмежується рядом побічних ефектів, котрі реалізуються у хворих на ХОЗЛ. Тому проблема вибору антигіпертензивної терапії у хворого з супутнім ХОЗЛ є актуальною як на рівні суспільства, так і індивідуума.

Мета роботи. Вивчити ефективність та безпечність антигіпертензивної терапії фіксованої комбінації раміприлу та гідрохлортіазиду і комбінації фіксованої дози раміприлу з гідрохлортіазидом та амлодипіном у хворих, що мали поєднання ХОЗЛ II-IV стадії та гіпертонічною хворобою (ГХ) II-III стадії, вплив препаратів на рівень АТ, показники добового моніторингування АТ та ЕКГ, функцію зовнішнього дихання, параметри центральної гемодинаміки.

© Л.В. Распутіна, 2011

Матеріал і методи. Нами обстежено 57 хворих на ГХ та ХОЗЛ, середній вік яких склав $57,5 \pm 4,2$ року. Серед обстежених було 32 чолові-

ки (57,1%), середній вік яких становив $58,2 \pm 3,4$ року та 25 жінок (42,9%), середній вік яких становив $56,6 \pm 4,1$ року. Характеристика обстежених наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика обстежених хворих

Показники	Характеристика
Гіпертонічна хвороба II стадії	43 (75%)
Гіпертонічна хвороба III стадії	14 (25%)
ХОЗЛ II ст.	28 (50,1%)
ХОЗЛ III ст.	22 (39,2%)
ХОЗЛ IV ст.	7 (10,7%)
СН I ФК	24 (42,8%)
СН II ФК	19 (32,1%)
СН III ФК	14 (25%)
ІМТ	$32,6 \pm 4,2$
Курці	40 хворих (71,4%)
Офісний систолічний артеріальний тиск	$148,6 \pm 2,4$ мм рт ст
Офісний діастолічний артеріальний тиск	$101,4 \pm 2,3$ мм рт ст
ОФВ1	$65,9 \pm 4,3$
ЖЄЛ	$61,2 \pm 3,6$

Обстежені нами пацієнти отримували базове лікування ХОЗЛ, а саме: сальметерол/флутиказон 500/50 мг – 26 осіб (46,4%), іпратропіум бромід – 24 особи (42,8%), сальбутамол – 42 особи (75%), аспірин 100 мг – 48 осіб (85,7%), симвастатин 10 мг – 38 осіб (67,8%).

Усім пацієнтам проводили клінічно-функціональне обстеження, яке включало збір анамнезу, фізикальне обстеження, комп'ютерну спірографію на спірографі «MasterScorePC» (ErichJaeger, Німеччина). Як функціональні показники функції зовнішнього дихання оцінювали об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) та життєву ємність легень (ЖЄЛ), добове моніторування АТ та ЕКГ («DiaCard», Солвейг АОЗТ, Київ), оцінювали середню частоту серцевих скорочень (ЧСС) за добу, середню ЧСС в активний період, середню ЧСС у пасивний період, максимальну ЧСС за добу, максимальну ЧСС в активний період, максимальну ЧСС у пасивний період, середню кількість шлуночкових екстрасистол, суправентрикулярних екстрасистол, кількість хворих, що мали епізоди ішемії, кількість хворих, що мали пароксизми миготливої аритмії протягом доби, кількість хворих, що мали шлуночкові екстрасистоли високих градацій; середній систолічний артеріальний тиск (САТ) за добу, середній діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) за добу, середній систолічний артеріальний тиск (САТ) за день, середній діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) за день, середній систолічний артеріальний тиск (САТ) за ніч, середній діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) за ніч, індекс часу (ІЧ) для САТ, ДАТ, добовий індекс (ДІ), структурно-функціональний стан лівих та правих відділів серця оцінювали методом ехокардіографії в М- та В- режимах на апараті Logic

5000 Siemens. Визначали розміри лівого передсердя (ЛП), правого передсердя (ПП), товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), товщини міжшлуночкової перегородки лівого шлуночка (ТМШЛШ), кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка (КДР ЛШ), кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка (КСР ЛШ), кінцевий діастолічний об'єм лівого шлуночка (КДО ЛШ), кінцевий систолічний об'єм лівого шлуночка (КСО ЛШ), фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), середній тиск у легеневій артерії (СТ ЛА). Статистичну обробку даних проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS.17 методами варіаційної статистики з врахуванням середньої величини M , середньоквадратичного відхилення S , середньої похибки середньої величини m , критерію достовірності t , значення достовірності P . Різниця між показниками, що порівнювали, вважали достовірними, якщо значення ймовірності було більшим чи рівним 95% ($P < 0,05$).

Обстеження проводили до включення в дослідження. Критеріями включення були діагностована ГХ, ХОЗЛ, серцева недостатність (СН) I-III функціонального класу (ФК) за NYHA, синусовий ритм, добровільна згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення – СН IV ФК за NYHA, ЛН III ст., постійна форма фібриляції передсердь, гострий інфаркт міокарда протягом 30 днів, гостре порушення мозкового кровообігу більше трьох місяців, хронічні захворювання внутрішніх органів у стадії декомпенсації та такі, що потребують госпіталізації хворого.

Усім пацієнтам призначено фіксовану комбінацію раміприлу з тіазидним діуретиком гідролортіазидом у дозі 5 мг на добу (аміприл HD, «KRKAd.d., Novomesto», Словенія). Контроль за лікуванням проводили через 14 днів, при неефек-

тивності дозу збільшували до 10 мг на добу. Через 30-31 день від початку лікування, при недосягненні цільового рівня АТ до лікування додавали амлодипін у дозі 5 мг на добу (тенокс, «KRKAd.d., Novomesto», Словенія). Контроль здійснювали через шість місяців.

Вибір препарату зумовлений даними рандомізованих клінічних досліджень, в яких виявлено високу ефективність раміприлу, зниження серцево-судинної смерті, смертності від інфаркту міокарда. У той же час інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) не погіршують мукоцилірного кліренсу та не впливають на судини малого кола кровообігу. Наші власні спостереження, а також дані літератури, свідчать про доцільність початкової терапії ГХ комбінованими препаратами [2,3]. Найбільш ефективними є фіксовані комбінації, що дозволяють підвищувати ефективність терапії.

Проблеми при застосуванні антагоністів кальцію в осіб із ХОЗЛ полягає в тому, що при використанні високих доз підсилюють вентиляційно-перфузійне співвідношення внаслідок пригнічення компенсаторної вазоконстрикції. Тому, у пацієнтів з ХОЗЛ, раціональним є застосування низьких доз антагоністів кальцію [1,5]. Для досягнення терапевтичного ефекту необхідно комбінувати антигіпертензивні препарати різних груп. При застосуванні антагоністів кальцію та інгібіторів АПФ відмічається зменшення активності симпатичної нервової системи, негативних ефектів ангіотензину II, кардіопротективний, вазопротективний, нефропротективний ефекти, зменшення ремоделювання серця, що вивчено в дослідженнях ASCOT, ACCOMPLISH [1,3].

Результати дослідження та їх обговорення. Через 14 днів лікування відмічалось зниження офісного САТ на $6,2 \pm 1,2$ мм рт. ст., ДАТ- на $7,8 \pm 1,4$ мм рт. ст. П'ятнадцятьом хворим до лікування додано Амлодипін у дозі 5 мг (Тенокс). У подальшому ми порівнювали дві групи пацієнтів,

I група (41 пацієнт) – отримували терапію фіксованою комбінацією раміприлу та гідрохлортиазиду. II група (15 осіб) – отримували лікування фіксованою комбінацією раміприлу та гідрохлортиазиду та амлодипіну. Через шість місяців лікування серед осіб I групи відмічається зниження офісного САТ на $27,5 \pm 2,6$ мм рт. ст., II групи – на $34,0 \pm 2,1$ мм рт. ст.; офісний ДАТ у I групі знизився на $14,2 \pm 1,8$ мм рт. ст., а також у II групі – на $17,2 \pm 3,2$ мм рт. ст. (95%ДІ, $p < 0,001$). Отже, включення до лікування амлодипіну в дозі 5 мг сприяє достовірному зменшенню як офісного САТ, так і офісного ДАТ.

За результатами добового моніторування АТ, що проводилося через шість місяців лікування, встановлено, що середній САТ (доба) достовірно нижчий після лікування як у I групі, так і в II групі, відповідно $138,1 \pm 2,16$ та $125,6 \pm 1,43$ у I групі, $123,7 \pm 1,2$ у II групі, 95%ДІ, $p < 0,05$; середній ДАТ(доба) протягом шести місяців лікування знизився на 9,9 мм рт. ст. у I групі та 11,6 мм рт. ст. – у II групі. Відмічалось зниження середнього САТ (день) на 8,2 мм рт. ст. у I групі та на 10,7 мм рт. ст. – у II групі, відмічалось зниження середнього ДАТ (день) на 7,2 мм рт. ст. у I групі та на 10,5 мм рт. ст. – у II групі (95%ДІ, $p < 0,05$). Аналіз динаміки середнього САТ (ніч) виявив, що протягом шести місяців відмічалось достовірне зниження САТ на 11,4 мм рт. ст. у I групі та на 13,6 мм рт. ст. – у II групі, 95% ДІ, $p < 0,05$; середній ДАТ (ніч) достовірно був нижчим після лікування та знизився на 14,5 мм рт. ст. у I групі та на 16,2 мм рт. ст. – у II групі ($p < 0,05$). Зниження середнього САТ та ДАТ протягом доби, та особливо вночі, забезпечує контроль артеріальної гіпертензії та зниження частоти серцево-судинних ускладнень. Особливо важливим є зменшення індексу часу на 7,6 у I групі та на 10,2 у II групі, що є свідченням меншого навантаження на органи-мішені за умови артеріальної гіпертензії.

Таблиця 2

Динаміка показників добового моніторування електрокардіографії через шість місяців лікування

Показники добового моніторування ЕКГ	До початку терапії N=57	I група N=42 через 6 місяців	II група N=15 через 6 місяців
Середня ЧСС за добу	$81,3 \pm 2,4$	$74,5 \pm 1,7$	$75,2 \pm 2,1$
Середня ЧСС за день	$85,5 \pm 2,1$	$76,4 \pm 2,3^*$	$77,4 \pm 2,8^*$
Середня ЧСС за ніч	$72,1 \pm 1,7$	$65,5 \pm 1,9$	$67,3 \pm 1,7$
Максимальна ЧСС за добу	$126,2 \pm 2,6$	$98,9 \pm 1,8^*$	$108,8 \pm 2,3$
Максимальна ЧСС за день	$126,0 \pm 1,7$	$103 \pm 1,8$	$114 \pm 1,7$
Максимальна ЧСС за ніч	$109 \pm 1,4$	$72 \pm 1,4^*$	$84 \pm 2,1$

Примітка. *різниця між показниками до початку лікування та I групою є достовірною при 95% ДІ; $p < 0,05$;

*різниця між показниками до початку лікування та II групою є достовірною при 95% ДІ; $p < 0,05$

Важливим компонентом контролю за лікуванням є результати добового моніторування ЕКГ, оскільки відомо, що в осіб із поєднаною патологією існують певні особливості під час добового моніторування ЕКГ, які свідчать про тяжкість захворювання та ризик ускладнень (табл.2). Через шість місяців лікування відмічалось достовірне зниження кількості середньої ЧСС за день на 7,3 за хв ($85,5 \pm 2,1$ та $78,2 \pm 2,3$), максимальної ЧСС за добу на 16,2 за хв

($126,2 \pm 2,6$ та $110 \pm 1,8$), максимальної ЧСС за ніч на 17 за хв ($109 \pm 1,4$ та $82 \pm 1,4$).

Також відмічалось зменшення середньої кількості шлуночкових екстрасистол, відповідно $533,6 \pm 67,5$ та $472,1 \pm 34,5$ у I групі та $348,3 \pm 23,7$ у II групі ($p < 0,05$ для II групи), достовірне зменшення середньої кількості суправентрикулярних екстрасистол як у I, так і в II групах, відповідно $764,4 \pm 56,4$ до лікування, $501,2 \pm 51,2$ у I групі та $423,6 \pm 24,6$ у II групі ($p < 0,05$) (рис.1).

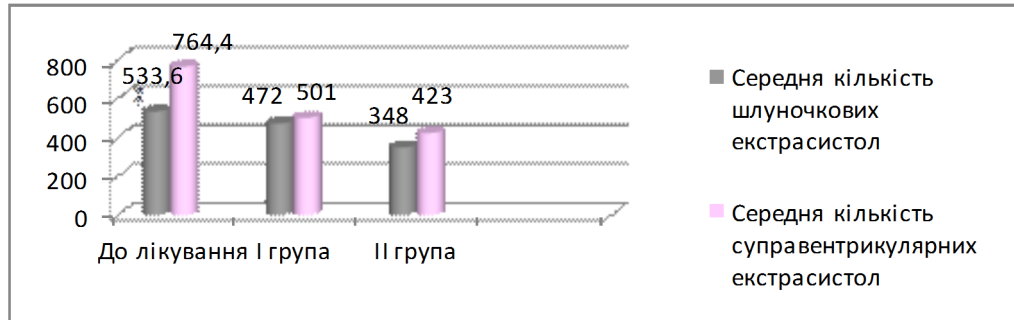


Рис. 1. Динаміка показників добового моніторування ЕКГ до лікування та через 6 місяців лікування, результат достовірний для I та II групи

Відмічали зменшення на 18,6% кількості осіб з епізодами больової та безбольової ішемії міокарда впродовж доби в I групі та на 29,6% – у II групі; достовірно зменшилася кількість осіб з епізодами пароксизмів фібриляції передсердь упродовж доби на 20% у I групі та на 25% – у II

групі (95%ДІ, $p < 0,05$); достовірно зменшилася кількість хворих із шлуночковими екстрасистолами високих градацій за результатами добового моніторування ЕКГ на 27,5% у I групі та на 33,1% у II групі (95%ДІ, $p < 0,05$) (рис.2).

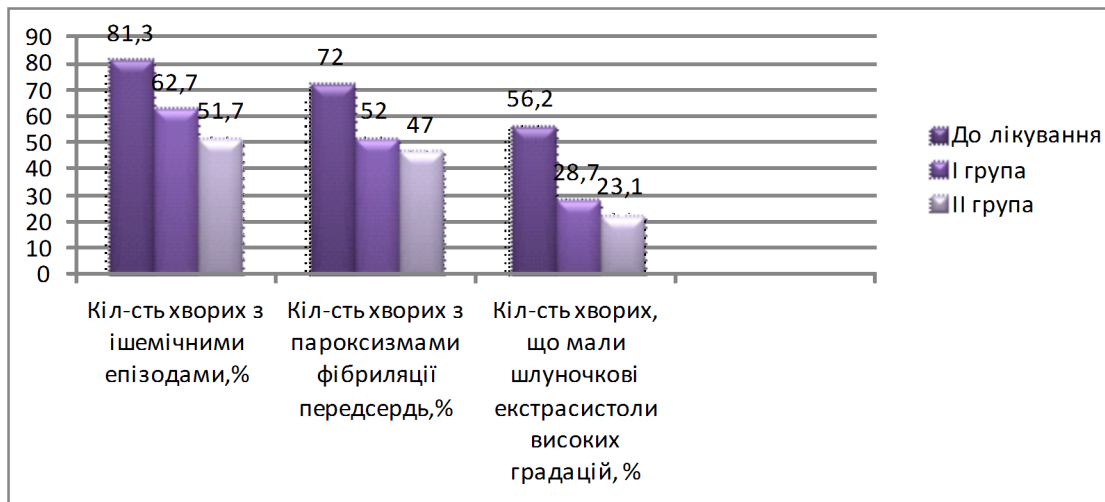


Рис. 2. Динаміка деяких показників добового моніторування ЕКГ

Аналіз результатів ехокардіографії, проведеної через шість місяців лікування, достовірної відмінності в об'ємних показниках не виявив у хворих I групи, проте має місце зменшення параметрів, зокрема ЛП на 0,6 см ($4,75 \pm 0,12$ та $4,15 \pm 0,09$), правого передсердя на 0,3 см ($4,42 \pm 0,13$ та $4,12 \pm 0,14$), суттєвим на нашу думку, є зменшення товщини задньої стінки лівого шлуночка ($2,15 \pm 0,09$ см та $1,91 \pm 0,08$ см) та товщини міжшлуночкової перегородки ($1,32 \pm 0,05$ см та $1,30 \pm 0,04$ см), у той же час більш вагомим є змен-

шення КДР ЛШ на 0,35 см ($5,41 \pm 0,11$ см та $5,06 \pm 0,14$ см). Відмічається збільшення ФВ на 3,4% ($53,2 \pm 0,9\%$ та $56,8 \pm 0,8\%$). Також відсутнє достовірне зниження середнього тиску в легеневій артерії ($48,5 \pm 3,4$ мм рт.ст. та $47,2 \pm 3,1$ мм рт.ст.). У той же час у II групі достовірно меншими були товщина міжшлуночкової перегородки ($1,32 \pm 0,05$ см та $1,30 \pm 0,04$ см), ліве передсердя ($4,75 \pm 0,12$ см та $4,09 \pm 0,14$ см) та праве передсердя ($4,42 \pm 0,13$ см та $4,1 \pm 0,12$ см) при $p < 0,05$ (табл.3).

Таблиця 3

Динаміка показників ехокардіографії у хворих, що отримували терапію раміприлом у комбінації з гіпотіазидом упродовж шести місяців

Показники ехокардіографії	До лікування N=57	I група N=42 через 6 місяців	II група N=15 через 6 місяців
Ліве передсердя, см	4,75±0,12	4,15±0,09	4,09±0,14*
Праве передсердя, см	4,42±0,13	4,12±0,14	4,1±0,12*
ТЗС ЛШ, см	2,15±0,09	1,91±0,08	1,86±0,09
ТМП ЛШ, см	1,32±0,05	1,30±0,04	1,281±0,18
КДР ЛШ, см	5,41±0,11	5,06±0,14	5,03±0,13
КСР ЛШ, см	3,67±0,87	3,57±0,92	3,40±0,94
КДО ЛШ, мл	145,9±4,5	140,7±3,6	140,1±3,6
КСО ЛШ, мл	72,2±3,5	70,2±2,3	69,5±2,4
ФВ, %	53,2±0,9	56,8±0,8*	58,4±0,9*
Середній тиск у легеневій артерії, мм рт. ст.	48,5±3,4	47,2±3,1	47,0±3,2

Примітка. * різниця достовірна в II групі

Всім пацієнтам, через шість місяців лікування проведено комп'ютерну спірографію з оцінкою ОФВ₁ та ЖСЛ. Не відмічалось достовірних змін параметрів ФЗД після лікування протягом шести місяців, так ОФВ₁ (65,9±4,3% до лікування та 66,3±3,7% у I групі, 66,1±1,6% у II групі), ЖСЛ (61,2±3,6 до лікування та 61,0±2,7 у I групі, 61,1±3,1 у II групі).

Висновки

1. При застосуванні комбінації фіксованої дози раміприлу з гідрохлортиазидом, раміприлу з гідрохлортиазидом та амлодипіну відмічається стійке зниження АТ як офісного, зокрема САТ та ДАТ, так і за результатами добового моніторингу АТ.

2. При комбінації фіксованої дози раміприлу з гідрохлортиазидом та амлодипіном спостерігається суттєве зменшення ІЧ, зменшення кількості хворих, що мали епізоди больової та безбольової ішемії міокарда, пароксизмів фібриляції передсердь, екстрасистолії високих градацій, а також відмічалися достовірні зміни ремоделювання міокарда.

3. Обидві схеми лікування були безпечними та не мали негативного впливу на параметри зовнішнього дихання.

Перспективи подальших досліджень. Перспективними з даного напрямку є вивчення психосоматичних аспектів та параметрів якості життя у хворих поєднаною патологією з різними схемами антигіпертензивної терапії, а також фармакоеконічний аналіз різних схем лікування цих осіб.

Література

1. Верткин А.Л. Аддитивность эффектов антагонистов кальция и ингибиторов АПФ в терапии пациентов с осложненным течением арте-

риальной гипертензии / А.Л. Верткин, А.С. Скотников // Рус. мед. ж. – 2011. – № 7. – С. 17-20.

2. Гуменюк А.Ф. Аспекти раціонального лікування серцево-судинних захворювань хворих з поліморбідними ураженнями / А.Ф. Гуменюк // Укр.мед.часопис. – 2009. – № 5 (73). – С. 7-12.
3. Сравнительная эффективность лечения фиксированными комбинациями различных доз рамиприла и гидрохлортиазида / И.Е. Чазова, Т.В. Мартынюк [и соавт.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 9 (4). – С. 25-31.
4. Фещенко Ю.И. ХОЗЛ в Украине: проблемы и пути решения / Ю.И. Фещенко // Здоров'я України. – 2009. – № 9/1. – С. 3-4.
5. Шойхет Я.Н. Особенности внутрисердечной и легочной гемодинамики по данным эхокардиографии у больных хронической обструктивной болезнью легких при наличии сочетанной патологии / Я.Н. Шойхет, Е.Б. Клестер // Пульмонология. – 2009. – № 3. – С. 55-60.
6. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующее заболевание / Е.И. Шмелев // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 5-9.
7. Barnes P.J. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs / P.J. Barnes // PLoS Med. – 2010. – № 7 (3). – P. 103-107.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2008)//Electronic Resources: www.goldcopd.com
9. Chhabra S.K. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiovascular Disease / S.K. Chhabra // Electronic Resources: www. medind.nic.in/iae/t06/i2/iaet06i2p95.pdf.

СПОСОБ РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Л.В. Распутина

Резюме. Изучена эффективность и безопасность антигипертензивной терапии фиксированной комбинации рамиприла и гидрохлортиазида, а также комбинации фиксированной дозы рамиприла с гидрохлортиазидом и амлодипином у больных, которые имели сочетание ХОЗЛ II-IV стадии и ГБ II-III стадии, влияние препаратов на уровень АД, показатели суточного мониторирования АД и ЭКГ, параметры внешнего дыхания, параметры центральной гемодинамики. Клинико-функциональная оценка сравнения комбинаций рамиприла и гидрохлортиазида, а также рамиприла, гидрохлортиазида и амлодипина у больных с сочетанным течением ХОЗЛ и ГБ выявило высокую эффективность как в I группе, так и во II группе. Включение в комбинацию амлодипина в дозе 5 мг, кроме стойкого снижения АД, способствует уменьшению частоты эпизодов болевой и безболевой ишемии, пароксизмов фибрилляции предсердий. Комбинация с амлодипином способствует достоверному уменьшению толщины межжелудочковой перегородки, левого и правого предсердий.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, рамиприл, гидрохлортиазид, амлодипин.

A METHOD OF A RATIONAL COMBINATION OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS IN PERSONS WITH A COMBINED COURSE OF ESSENTIAL HYPERTENSION (EH) AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

L. V. Rasputina

Abstract. The authors have studied the efficacy and safety of antihypertensive therapy, a fixed combination of ramipril and hydrochlorothiazide and a combination of a fixed dose of ramipril with hydrochlorothiazide and amlodipine in patients with combined COPD of stages II-IV and EH of stages II-III, the effect of the drugs on the AP level, the parameters of diurnal monitoring of AT and ECG, the function of external respiration, the parameters of central hemodynamics. A clinico-functional evaluation of comparing combinations of ramipril and hydrochlorothiazide, as well as ramipril, hydrochlorothiazide and amlodipine in persons with a combined course of COPD and EH has revealed a high efficiency both in group I and group II. The inclusion of amlodipine into the combination in a dose of 5 mg, except a steady decrease of AT, contributes to a reduction, of the incidence of episodes of pain and painless myocardial ischemia, atrial fibrillation paroxysms. A combination with amlodipine is conducive to a reliable decrease of the thickness of the interventricular septum of the left and right atria.

Key words: essential hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, ramipril, hydrochlorothiazide, amlodipine

M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – д.мед.н. І.А. Плеш

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 69-74

Надійшла до редакції 12.09.2011 року

© Л.В. Распутина, 2011

УДК 616.895.4-02:616.12-005.1-07-08-084

О.С. Юрценюк

РІВЕНЬ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. З метою вивчення рівнів особистісної тривожності та ситуативної тривоги у хворих на ішемічну хворобу серця обстежено 130 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні. Використовували шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Спілбергера-Ю.Ханіна. Встановлено, що в осіб із високим рівнем особистісної тривожності провідним чинником ризику виникнення ішемічної хвороби серця

виступає емоційне перенапруження. Жінки характеризуються вищим рівнем особистісної тривожності на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності значно переважає ситуативна тривога.

Ключові слова: тривожність, депресія, ішемічна хвороба серця.

Вступ. Відомо, що депресія, як і тривога асоціюються з розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ) [1]. Сучасні епіде-

міологічні, зокрема, проспективні дослідження в цілому підтверджують цей зв'язок. Середнє число психічних розладів на одного хворого ІХС стано-

© О.С. Юрценюк, 2011