

УДК 616.12-005.4:616.124.2-007.61]-08

І.Т.Найда, І.А.Ташук*, П.Р.Іванчук

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В УМОВАХ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКАКафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

* Міська клінічна лікарня № 3, м. Чернівці

Резюме. Досліджено особливості електро- та ехокардіографічних змін проявів гіпертрофії лівого шлуночка з оцінкою показників диференційованої електрокардіограми. Виявлений вдвічі більший ефект регресії ознак гіпертрофії міокарда за додаткового призначення до базисної терапії дигідропіридинових антагоністів кальцію, ніж β-адреноблокаторів.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівого шлуночка, електрокардіографія, ехокардіографія, дигідропіридинові антагоністи кальцію, β-адреноблокатори.

Вступ. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та ішемічну хворобу серця (ІХС) щільно пов'язана з розвитком коронарної хвороби серця, цереброваскулярної патології, серцевої недостатності (СН), раптової серцевої смерті і загальної смертності, у той час як регрес ГЛШ зумовлений зниженням смертності від серцево-судинних захворювань.

ІХС є головною причиною смерті населення в індустріально розвинених країнах і в Україні, що в структурі смертності від хвороб системи кровообігу становить 66,6 %, продовжує зростати та сягає 42,2 % в осіб працездатного віку [1, 2]. У зв'язку з цим її профілактика та лікування мають важливе соціально-економічне значення, а отже, імплементація Європейських рекомендацій із лікування стабільної стенокардії [4] є доцільною з огляду на визначення ролі ГЛШ у розвитку і впливу на перебіг даної патології як сильного і незалежного предиктора кардіоваскулярних подій і загальних причин смерті [3, 5].

Мета дослідження. Визначити ефективність лікування хворих на стабільну стенокардію з оцінкою ролі гіпертрофії лівого шлуночка, з визначенням електро- та ехокардіографічних ознак гіпертрофії лівого шлуночка, для покращення симптомів і/або зменшення ішемії в пацієнтів із стабільною стенокардією та обґрунтування положення про доцільність приєднання антагоністів кальцію за неефективності β-адреноблокаторів.

Матеріал і методи. Обстежено 176 хворих на стабільну стенокардію (СС) II функціонального класу, гіпертонічну хворобу (ГХ) II ст. з проявами СН I-IIA ст., що отримували базисну терапію пролонгованими нітратами, аспірином, статинами, інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та розділені на дві групи: 102 пацієнти з призначенням додатково до базисної терапії β-адреноблокаторів (β-АБ), 74 хворих, яким до базисної терапії додано пролонговані дигідропіридинові антагоністи кальцію (АК).

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі досліджено вихідний стан електрокардіографічних (ЕКГ) проявів ГЛШ у гру-

пах із додаванням дигідропіридинових АК або β-АБ. Вихідні параметри ехокардіографічних (ЕхоКГ) показників свідчили, що при однаковій скоротливості міокарда в групах додаткового призначення дигідропіридинових АК або β-АБ, згідно з оцінкою показника фракції викиду (ФВ), розбіжностей не визначено (61,99±0,46 і 62,50±0,44 %). У той же час у хворих, що отримували в подальшому дигідропіридинові АК на відміну від групи β-АБ, виявлено більшу товщину стінок лівого шлуночка (ЛШ) у діастолу, як для товщини міжшлуночкової перегородки в діастолу (ТМШПд) (1,27±0,03 і 1,17±0,02 см, p<0,01), так і для товщини задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) (1,24±0,02 і 1,16±0,01 см, p<0,01), що підтверджено даними розрахунків ЕКГ-критеріїв ГЛШ.

З'ясувалось, що в зіставленні першої (дигідропіридинові АК) і другої (β-АБ) груп ЕКГ-прояви ГЛШ були більш вираженими в пацієнтів, які отримували базисну терапію АК. За проведеного лікування спостерігались аналогічні зміни, однак розбіжність менша, ніж на початку дослідження. Так, наприкінці дослідження реєстрували переважання ознак ГЛШ у групі АК, що однак ставала меншою, згідно з аналізами критеріїв Соколова-Лайона ($S_{V1}+R_{V5}$ або $V_6 > 35$ мм; $\Delta\% +10,99$ %, p<0,05), Фремінгемських критеріїв ($R_{V4-6} > 25$ мм; $\Delta\% +10,54$ %, p<0,05; S_{V1} або $V_2 + R_{V5}$ або $V_6 > 35$ мм, $\Delta\% +9,68$ %, p<0,05), критеріїв Мінесотського коду ($R_{V5(V_6)}+S_{V1} > 35$ мм; $\Delta\% +10,85$ %, p<0,05), критеріїв Скотт (B.1, S_{V1} або $V_2 + R_{V5}$ або $V_6 > 35$ мм; $\Delta\% +8,92$ %, p<0,05; $R+S$ (у прекардіальних відведеннях) > 45 мм; $\Delta\% +9,74$ %, p<0,05), інших критеріїв ГЛШ ($S_{V1}+R_{V5}$ або $V_6 \geq 35$ мм; $\Delta\% +11,50$ %, p<0,05).

Графічне зіставлення зменшення ($\Delta\%$) показників об'єктивізованих критеріїв ГЛШ залежно від лікування (при визначенні вихідного рівня критеріїв як 100 % при надходженні у зіставленні з показниками на фоні лікування) наведено на рис. 1.

Наступним етапом дослідження було визначення реакції на лікування за аналізу змін ЕКГ-критеріїв ГЛШ при оцінці показників диференційованої ЕКГ та аналізу кількісних змін зубця Т

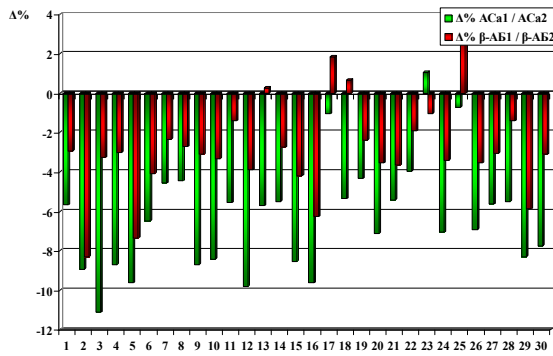


Рис. 1. Графічне зіставлення зменшення (Δ%) показників об'єктивізованих критеріїв гіпертрофії лівого шлуночка залежно від лікування в групах базисної терапії з додаванням дигідропіридинових антагоністів кальцію та β-адреноблокаторів (при визначенні вихідного рівня критеріїв як 100 % при надходженні в зіставленні з показниками на фоні лікування)

на її першій похідній. Встановлено загальну тенденцію до переважання значень відношення максимальних швидкостей (ВМШ) у групі подальшого призначенні АК на початку дослідження з достовірною різницею обрахунків диференційованого зубця Т згідно з показниками ВМШ передньої стінки ЛШ (Δ% - 8,77 %, p<0,05), ВМШ верхівкових відділів ЛШ (Δ% - 10,27 %, p<0,05), ВМШ бічних ділянок ЛШ – (Δ% 9,54 %, p<0,05). Отже, диференційована ЕКГ підтвердила тенденцію, що визначена в розподілі більшої вираженості ознак ГЛШ за аналізу змін ЕхоКГ та ЕКГ-критеріїв ГЛШ. Зміни показника відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) не достовірні.

Δ% приросту показника ВМШ при визначенні групи дигідропіридинових АК як 100% як при надходженні, так і на фоні лікування (рис. 2), проти групи β-АБ свідчить про достовірне зменшення показників ВМШ. Отже, ознаки ГЛШ у відведеннях передньої, верхівкової та бічної ділянок ЛШ у групі з подальшим призначенням АК, на фоні проведеного лікування, дещо зменшуються і стають недостовірними у відведеннях, що свідчать про верхівкові відділи ЛШ. Отже, терапія дигідропіридиновими АК у зіставленні з групою, що отримувала β-АБ, дещо ефективніша по відношенню до редукції ГЛШ.

Висновок

Визначена подібна інформативність діагностики гіпертрофії лівого шлуночка за використання електрокардіографічних критеріїв та/або аналізу першої похідної електрокардіографії та ехокардіографії; більша частота призначення хворим із ознаками гіпертрофії лівого шлуночка дигідропіридинових антагоністів кальцію та вдвічі більший ефект регресії ознак гіпертрофії лівого шлуночка в групі з додаванням до базисної терапії антагоністів кальцію, ніж β-адреноблокаторів.

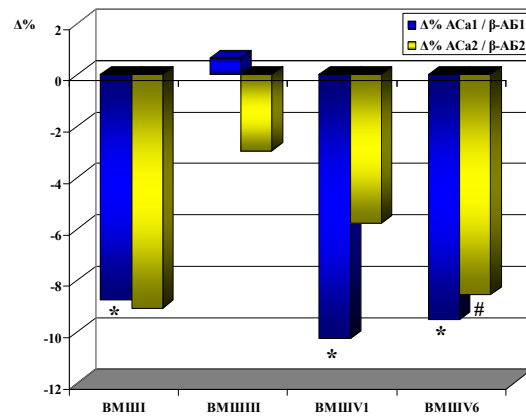


Рис. 2. Показники відношення максимальної швидкості диференційованої ЕКГ при надходженні та наприкінці дослідження залежно від лікування в групах базисної терапії з додаванням дигідропіридинових антагоністів кальцію та β-адреноблокаторів (при надходженні (1) і на фоні лікування (2)).

* – p – параметричний критерій Стьюдента між групами антагоністів кальцію та β-адреноблокаторів при надходженні (1);

– p – параметричний критерій Стьюдента між групами антагоністів кальцію та β-адреноблокаторів на фоні лікування (2)

Перспективи подальших досліджень.

Перспективами подальших досліджень буде визначення розподілу рівнів гуморальної ланки патогенезу в пацієнтів, що отримували базисну терапію з додаванням дигідропіридинових АК, порівняно з групою пацієнтів із додатковим призначенням β-АБ.

Література

1. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України / В.М.Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5 (67). – С. 83-87.
2. Питецкая Н.И. Критериально значимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией / Н.И.Питецкая // Укр. терапевт. ж. – 2008. – № 3. – С. 57-60.
3. Gosse P. Left ventricular hypertrophy as a predictor of cardiovascular risk / P.Gosse // J. Hypertens. Suppl. – 2005. – Vol. 23, № 1. – P. 27-33.
4. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology / K.Fox, M.A.A.Garcia, D.Ardissino [et al.] // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27, № 23. – P. 2902-2903.
5. Krauser D.G. Ventricular hypertrophy and hypertension: prognostic elements and implications for management / D.G.Krauser, R.B.Devereux // Herz. – 2006. – Vol. 31, № 4. – P. 305-316.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА*И.Т.Найда, И.А.Ташук, П.Р.Иванчук*

Резюме. Исследованы особенности электро- и эхокардиографических изменений проявлений гипертрофии левого желудочка с оценкой показателей дифференцированной электрокардиограммы. Обнаружен вдвое больший эффект регрессии признаков гипертрофии миокарда при дополнительном назначении к базисной терапии дигидропиридиновых антагонистов кальция, чем β -адреноблокаторов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, электрокардиография, эхокардиография, дигидропиридиновые антагонисты кальция, β -адреноблокаторы.

OBJECTIVIZATION OF THE EFFICACY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE UNDER THE CONDITIONS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY*I.T.Naida, I.A.Tashchuk, P.R.Ivanchuk*

Abstract. The peculiarities of electro- and echocardiographic manifestations of left ventricular hypertrophy were investigated with an evaluation of the indices of a differentiated electrocardiogram. A twice higher effect of a regression of the signs of myocardial hypertrophy has been detected in case of an additional prescription of dihydropyridine calcium channel blockers to basic therapy, than β -blockers.

Key words: coronary disease, arterial hypertension, left ventricular hypertrophy, electrocardiography, echocardiography, dihydropyridine calcium channel blockers, β -blockers.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. С.В.Білецький

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 68-70

Надійшла до редакції 6.10.2009 року

© І.Т.Найда, І.А.Ташук, П.Р.Іванчук, 2010

III Міжнародний науковий міждисциплінарний конгрес
студентів-медиків та молодих вчених

**“Актуальні питання профілактики,
діагностики та лікування в практиці
сімейного лікаря”**

14-16 квітня 2010 року
м. Харків

Адреса оргкомітету:

Харківський національний медичний університет МОЗ України
Проспект Леніна, 4
м. Харків, 61022
тел. (067) 189-68-47
Офіційний сайт: www.isic.kharkov.ua