

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИНСУЛИНЕМИИ

*О.А. Петринич*

**Резюме.** Обследовано 44 больных гипертонической болезнью, в крови которых изучали показатели перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты, базального инсулина. Установлено, что у больных гипертонической болезнью наблюдаются возрастание показателей перекисного окисления липидов и угнетение антиоксидантной защиты. Базальная гиперинсулинемия у больных гипертонической болезнью ассоциируется с усугублением указанных нарушений.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, инсулинемия, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита.

## SPECIFIC CHARACTERISTICS OF LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT SYSTEM IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION DEPENDING ON INSULINEMIA'S LEVEL

*О.А. Petrynych*

**Abstract.** 44 patients with essential hypertension have been examined in whose blood the indices of lipid peroxidation, antioxidant system, level of basal insulin have been studied. It has been established that an activation of lipid peroxidation and decrease of antioxidant system occur in patients with essential hypertension. Basal hyperinsulinemia in patients with essential hypertension is associated with an aggravation of these disorders.

**Key words:** essential hypertension, insulinemia, lipid peroxidation, antioxidant system.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. І.А. Плеш

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 79-82

Надійшла до редакції 09.01.2014 року

© О.А. Петринич, 2014

УДК 616.24-008.4:616.12-008.331.1:616-08

*Л.В. Распутіна*

## ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ. ОБґРУНТУВАННЯ ЗАСНОВАНЕ НА ВЛАСНОМУ ДОСВІДІ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Резюме.** Метою нашої роботи було оцінити ефективність різних схем антигіпертензивної терапії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та супутню артеріальну гіпертензію. Оцінено три різних схеми комбінованої терапії антигіпертензивними препаратами. Встановлено, що при тривалому застосуванні комбінації інгібіторів АПФ та β-блокаторів достовірно зменшується частота серцевих скорочень, кількість епізодів больової та безбольової ішемії міокарда, шлуночкових екстрасистол високих градацій. При застосуванні комбінації інгібітора АПФ та діуретика спостері-

гається зменшення величини функціонального класу серцевої недостатності, позитивний інотропний ефект та суттєве покращення параметрів якості життя. При застосуванні комбінації раміприлу та амлодипіну спостерігався значно кращий антиремоделюючий ефект, зменшення тиску в легеневій артерії. Водночас всі три схеми терапії однаково ефективно зменшували рівень офісного тиску.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія.

**Вступ.** Захворювання органів дихання та серцево-судинної системи (ССС), насамперед артеріальна гіпертензія (АГ), нерідко приречені на співіснування. Вони часто дебютують в одному й тому ж віці, мають спільні доведені чинники ризику, низку схожих патофізіологічних механізмів, а саме: хронічна гіпоксія, реологічні зміни крові тощо. У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) АГ трапляється частіше, ніж у загальній популяції. Частота виявлення АГ у осіб із ХОЗЛ коливається від 6,8 до 76,3 % (у середньому 34,3 %). Наявність супут-

нів, а саме: хронічна гіпоксія, реологічні зміни крові тощо. У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) АГ трапляється частіше, ніж у загальній популяції. Частота виявлення АГ у осіб із ХОЗЛ коливається від 6,8 до 76,3 % (у середньому 34,3 %). Наявність супут-

© Л.В. Распутіна, 2014

ньої АГ підвищує ризик серцево-судинних ускладнень та має негативний вплив на перебіг ХОЗЛ.

Термін коморбідність стійко увійшов у сучасну термінологію клініцистів. Коморбідність найбільш виражена при ХОЗЛ, що може бути зумовлено рядом системних ефектів та відіграє ключову роль у прогнозі хворих на ХОЗЛ. У пацієнтів із ХОЗЛ поєднання з іншими захворюваннями виявлено у 84,2 % осіб, у значній кількості яких відмічалось поєднання трьох та більше захворювань. Найчастіше відмічається поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) – 31,9 %, АГ – 23,4 %, анемії – 22 %, цукрового діабету (ЦД) – 14,33 %, серцевої недостатності (СН) – 14,33 %, туберкульозу (10,23 %). Відомо, що у хворих на ХОЗЛ із коморбідною патологією значно зростає частота госпіталізацій, а деякі вчені взагалі вважають наявність цього захворювання провідним фактором, що сприяє зростанню частоти госпіталізацій.

Особливі труднощі виникають при виборі ефективної антигіпертензивної терапії у хворих на ХОЗЛ. Згідно із сучасними європейськими та вітчизняними рекомендаціями лікувати хворого на ХОЗЛ та супутню АГ слід традиційними засобами, однак відсутні результати досліджень, що доводили б ефективність різних схем антигіпертензивної терапії та їх безпечність у цій групі осіб. Саме тому, вивчення ефективності різних антигіпертензивних препаратів є актуальним та необхідним на сучасному етапі розвитку медицини.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність різних схем антигіпертензивної терапії у хворих на ХОЗЛ та супутню АГ.

**Матеріал і методи.** Оцінено III варіанти антигіпертензивного лікування: I група – 25 пацієнтів, що отримували комбінацію інгібітора ангіотензинперетворювального фермента (АПФ) (раміприл) та  $\beta$ -адреноблокатора (небіволол); II група – 25 пацієнтів, що отримували комбінацію інгібітора АПФ (раміприл) та діуретика (гідрохлортіазид); III група – 25 пацієнтів, що отримували комбінацію інгібітора АПФ (раміприл) та антагоніста кальцію (АК) (амлодіпін). У дослідження включали пацієнтів із діагностованим ХОЗЛ II та III стадії (діагноз виставляли на основі клінічно-інструментальних даних, визначених Наказом № 128 (2007)), у стадії ремісії, діагностованою АГ, ІХС, хронічною СН (ХСН) I-II функціонального класу (ФК) (діагноз виставляли на основі Наказу МОЗ України № 436 (2006)), із синусовим ритмом. Критеріями виключення було загострення ХОЗЛ; ХСН IV ФК за NYHA; легенева недостатність (ЛН) III стадії; гострий інфаркт міокарда (ІМ) до шести місяців; гостре порушення мозкового кровообігу до шести місяців; постійна форма фібриляції передсердь; хронічні захворювання внутрішніх органів у стадії декомпенсації; злякисні новоутворення в анамнезі. Характеристика обстежених наведена у табл. 1.

Всім хворим проводили клінічне дослідження, добове моніторування ЕКГ та АТ (ДМ ЕКГ,

ДМАТ) на апараті DiaCard 03500 (Солвейг, АОЗТ м.Київ), ехокардіографію та імпульсно-хвильової доплерографії з використанням датчиків 3,0-3,6-6,6 МГц на апараті Logiq-500 (фірми GE, США) у положенні хворого лежачи на лівому боці та на спині за загальноприйнятою методикою, комп'ютерну спірографію на комп'ютерному спірографі «Master Scope PC» (Erich Jaeger, Німеччина) та визначання параметрів якості життя (ЯЖ) за анкетною MOS SF-36 на етапі включення в дослідження, через 6 місяців $\pm$ 2 тижні, 12 місяців $\pm$ 2 тижні, 18 місяців $\pm$ 2 тижні, 24 місяці $\pm$ 2 тижні. Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програм Microsoft Excel 2003 і StatSoft „Statistica” v. 6.1. Достовірними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки (P) – не більше 0,05. Порівняння відносних величин (%) проводили за допомогою критерію  $\chi^2$ . При порівнянні кількісних величин незалежних виборок проводили за медіанним критерієм та критерієм Манна-Уїтні.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

За даними добового моніторування АТ ефективність антигіпертензивної терапії була практично однаковою у всіх групах, що можна оцінити за кількістю хворих, у котрих було досягнуто в процесі лікування зниження середнього добового САТ, середнього добового ДАТ, індекс часу для САТ, індекс часу для ДАТ, зменшення варіабельності САТ, ДАТ (табл. 2).

Встановлено, що при застосуванні різних схем антигіпертензивної терапії, спостерігається різна динаміка показників добового моніторування ЕКГ. У групі пацієнтів, що отримували комбінацію раміприл та небіволол, у 20 (80 %) осіб відмічалось зменшення середньодобової частоти серцевих скорочень (ЧСС), однак цей показник був більшим, ніж у II та III групах лікування ( $p < 0,0001$ ). Також у цій групі відмічається значно більше осіб, у котрих діагностували в динаміці лікування зменшення кількості шлуночкових екстрасистол більше, ніж на 75,0 %, відповідно: 21 (84,0 %) пацієнт, що достовірно більше, ніж у III групі лікування ( $p = 0,015$ ) (табл. 3).

Зросла кількість хворих, у яких у динаміці зникли шлуночкові екстрасистолі високих градацій, відповідно – 13 (52,0 %) осіб у I групі, що достовірно більше, ніж у II групі ( $p = 0,041$ ) та достовірно більше ніж у III групі ( $p = 0,007$ ). У I групі має місце більша кількість пацієнтів, у котрих спостерігалось зменшення кількості надшлуночкових екстрасистол більше, ніж на 75,0 %, а саме: 20 (80,0 %) осіб, різниця зафіксована між II групою ( $p = 0,009$ ) та між III групами ( $p = 0,002$ ). У 9 (36,0 %) пацієнтів спостерігалось зменшення кількості епізодів фібриляції передсердь, що достовірно більше ніж у пацієнтів III групи ( $p = 0,005$ ).

Потрібно звернути увагу, що в групі осіб, котрі отримували комбінацію раміприлу та гідро-

Таблиця 1

**Характеристика хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та супутньою артеріальною гіпертензією залежно від терапії**

Показники	Клінічні групи (n=75)		
	I група (n=25)	II група (n=25)	III група (n=25)
Вік, роки	67 (57; 72)	63 (57; 66)	64 (57; 69)
Чоловіки, абс,%	12 (48,0 %)	18 (72,0 %)	15 (60,0 %)
Жінки, абс,%	13 (52,0 %)	7 (28,0 %)	10 (40,0 %)
Задишка (за шкалою MRC, бали)	2,60±0,15	2,24±0,13	2,48±0,16
ОФВ <sub>1</sub> ,%	56 (44; 68)	56 (43; 69)	55 (42;68)
Середній систолічний артеріальний тиск (САТ), мм рт. ст. (офісний)	143,7±3,7	144,9±4,1	141,7±6,3
Середній діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), мм рт. ст. (офісний)	84,3±1,7	82,9±2,1	84,2±1,8
Відсутність лікування ХОЗЛ	12 (48,0 %)	8 (32,0 %)	11 (44,0 %)
Короткодійчі бронходилататори	3 (12,0 %)	4 (16,0 %)	5 (20,0 %)
Базова терапія ХОЗЛ	10 (40,0 %)	13 (52,0 %)	36 (28,0 %)
Антитромбоцитарні препарати	21 (84 %)	19 (76 %)	22 (88 %)
Статини	18 (72 %)	17 (68 %)	20 (80 %)
Препарати інших груп	4 (16 %)	7 (28 %)	9 (36 %)

Примітка. 1. Дані кількісних показників представлені як (M±m) – середнє значення ± математична похибка середнього та як Med (per25; per75) – медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантілей). 2. I група – приймали комбінацію раміприлу та небівололу, II група – приймали комбінацію раміприлу та гідрохлортіазиду, III група – комбінація раміприлу та амлодипіну. 3. ОФВ<sub>1</sub> – об'єм форсованого видиху за 1 секунду; MRC – модифікована шкала тяжкості задухи Ради медичних досліджень (Medical Research Council)

Таблиця 2

**Оцінка позитивного антигіпертензивного ефекту в динаміці за даними добового моніторингу артеріального тиску залежно від схем лікування**

Показники	Клінічні групи (n=414)		
	Раміприл + Небіво- лол (n=25)	Раміприл + Гідрохлорті- азид (n=25)	Раміприл + Амло- дипін (n=25)
	1-ша група	2-га група	3-тя група
Зменшення рівня середнього добового рівня САТ у динаміці, n (%)	19 (76,0 %)	20 (80,0 %)	23 (92,0 %)
Зменшення рівня середнього добового рівня ДАТ у динаміці, n (%)	21 (84,0 %)	20 (80,0 %)	24 (96,0 %)
Зменшення величини індексу часу САТ у динаміці, n (%)	20 (80,0 %)	21 (84,0 %)	22 (88,0 %)
Зменшення величини індексу часу ДАТ у динаміці, n (%)	19 (76,0 %)	21 (84,0 %)	22 (88,0 %)
Зменшення добової варіабельності САТ у динаміці, n (%)	18 (72,0 %)	15 (60,0 %)	21 (84,0 %)
Зменшення добової варіабельності ДАТ у динаміці, n (%)	15 (60,0 %)	14 (56,0 %)	21* (84,0 %)

Примітка. \* – різниця вірогідна між 2-ю та 3-ю групами, при p<0,05

хлортіазиду, ми спостерігали набагато кращу динаміку, ніж серед пацієнтів, що отримували комбінацію раміприлу та амлодипіну. Це проявляється у відношенні зменшення кількості шлуночкових екстрасистол та, особливо, шлуночкових екстрасистол високих градацій, зменшення

кількості надшлуночкових екстрасистол та епізодів фібриляції передсердь, проте вірогідної різниці між групами не було.

Оцінка динаміки частоти епізодів больової ішемії міокарда та безбольової ішемії міокарда не позначила певної різниці між трьома групами

Таблиця 3

Динаміка даних добового моніторування електрокардіографії на основі лікування різними антигіпертензивними препаратами

Показники	Клінічні групи (n=75)		
	Раміприл+ Небіволол (n=25)	Раміприл+ Гідрохлортіазид (n=25)	Раміприл+ Амлодипін (n=25)
	1-ша група	2-га група	3-тя група
Зменшення середньої ЧСС за даними ДМ ЕКГ, n (%)	20 (80,0 %)	4 (16,0 %)	3 (12,0 %)
<i>p</i>	$p_{1-2} < 0,0001$	$p_{1-3} < 0,0001$	$p_{2-3} = 0,68$
Зменшення епізодів безбольової ішемії міокарда, n (%)	13 (52,0 %)	8 (32,0 %)	12 (48,0 %)
Зменшення епізодів больової ішемії міокарда, n (%)	15 (60,0 %)	11 (44,0 %)	16 (64,0 %)
Зменшення кількості шлуночкових екстрасистол більше ніж на 75%, n (%)	21 (84,0 %)	15 (60,0 %)	13 (52,0 %)
<i>p</i>	$p_{1-2} = 0,06$	$p_{1-3} = 0,015$	$p_{2-3} = 0,56$
Зникнення епізодів шлуночкових екстрасистол високих градацій, n (%)	13 (52,0 %)	6 (24,0 %)	4 (16,0 %)
<i>p</i>	$p_{1-2} = 0,041$	$p_{1-3} = 0,007$	$p_{2-3} = 0,48$
Зменшення кількості надшлуночкових екстрасистол більше ніж на 75%, n (%)	20 (80,0 %)	11 (44,0 %)	9 (36,0 %)
<i>p</i>	$p_{1-2} = 0,009$	$p_{1-3} = 0,002$	$p_{2-3} = 0,56$
Зменшення кількості епізодів ФП на 75%, n (%)	9 (36,0 %)	4 (16,0 %)	1 (4,0 %)
<i>p</i>	$p_{1-2} = 0,11$	$p_{1-3} = 0,005$	$p_{2-3} = 0,15$

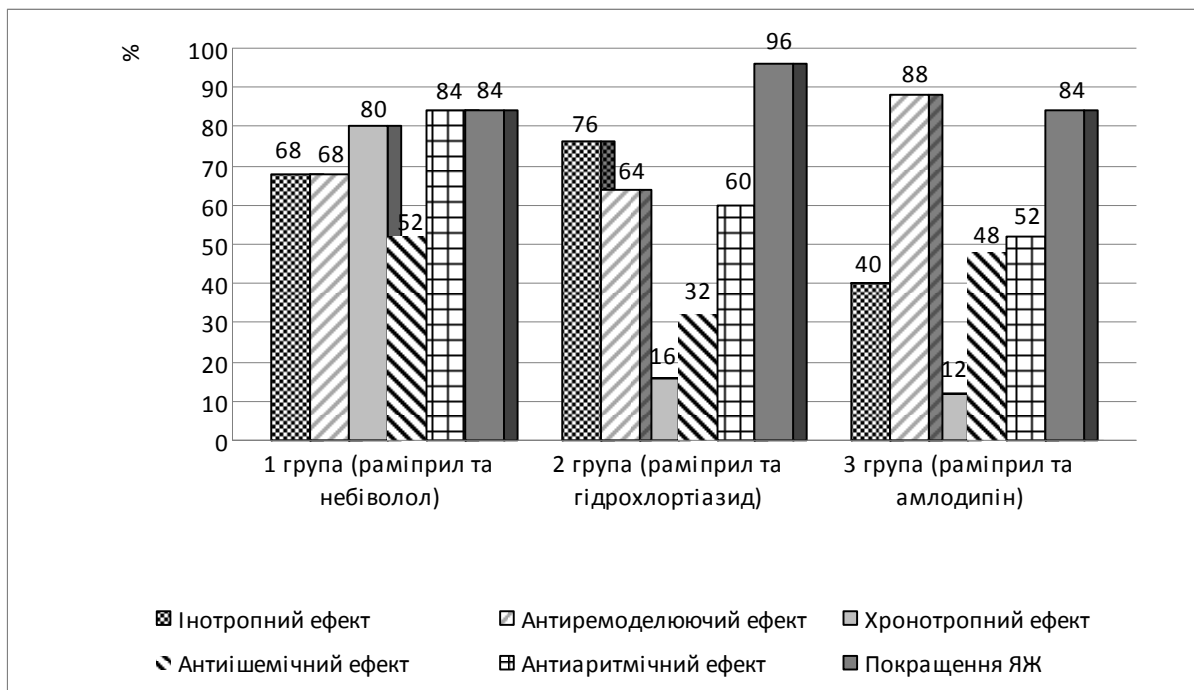


Рис. 1. Аналіз клінічної ефективності різних схем антигіпертензивної терапії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

лікування. Зменшення кількості епізодів больової ішемії міокарда найбільше встановлено в I та III групах, як і зменшення кількості епізодів безбольової ішемії міокарда.

Комбінація раміприлу та небівололу була найбільш ефективною щодо позитивного хронотропного ефекту ( $p < 0,0001$ ); позитивного антиари-

тмічного ефекту, що проявлялося зменшенням середньої кількості шлуночкових екстрасистол на 75 % та шлуночкових екстрасистол високих градацій ( $p = 0,041$ ;  $p = 0,007$ ); позитивного, хоча невірального, антиішемічного ефекту, який проявився зменшенням епізодів безбольової ішемії міокарда ( $p = 0,15$ ;  $p = 0,07$ ). При застосуванні комбінації

раміприлу та небівололу достовірно зменшувались епізоди фібриляції передсердь за добу, на відміну від пацієнтів, що отримували комбінацію раміприлу та амлодипіну ( $p=0,015$ ) (рис. 1).

Встановлено, що комбінація раміприлу та гідрохлортіазиду була найбільш ефективною у зменшенні величини функціонального класу серцевої недостатності. Застосування цієї комбінації антигіпертензивних препаратів призводить до достовірного позитивного інотропного ефекту, який зумовлений збільшенням систолічної функції лівого шлуночка. Серед цих пацієнтів відмічался суттєве покращення параметрів ЯЖ.

При застосуванні комбінації раміприлу та амлодипіну спостерігався значно кращий антиремоделюючий ефект ніж при застосуванні раміприлу і небівололу та раміприлу і гідрохлортіазиду.

### Висновки

1. Всі три схеми антигіпертензивної терапії є ефективними стосовно зниження середніх величин систолічного артеріального тиску, діастолічного артеріального тиску, показників навантаження тиском, варіабельності артеріального тиску, швидкості ранкового підйому артеріального тиску, без достовірної різниці між групами за видом лікування.

2. Комбінація раміприлу та гідрохлортіазиду є більш ефективною у відношенні інотропного ефекту та позитивного гемодинамічного ефекту через 12 місяців від початку лікування.

3. Комбінація раміприлу та небівололу призводить до раннього та стійкого зменшення частоти серцевих скорочень як за добу, так і в активний та пасивний періоди. Тривала антигіпертензивна терапія сприяє зменшенню епізодів больової та безбольової ішемії міокарда в усіх групах спостереження, а в групі комбінації з  $\beta$ -

блокатором – зменшенню частоти та кількості шлуночкових екстрасистол, епізодів фібриляції передсердь.

**Перспективи подальших досліджень.** На нашу думку, слід продовжити вивчення впливу різних антигіпертензивних препаратів та їх комбінацій у хворих при поєднаному перебігу ХОЗЛ та АГ. Також представляє інтерес вплив різних комбінацій на функціональні показники респіраторної системи, взаємозв'язок між функціональними змінами серцево-судинної системи та органів дихання.

### Література

1. Шилов А.М. Особенности лечения ИБС в сочетании с ХОБЛ / А.М. Шилова, О.Ф. Тарасенко, А.О. Осия // Леч. врач. – 2009. – № 7. – С. 44-48.
2. Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Я. Дзюблик [та ін.] // Здоров'я України. – 2011. – № 2 (14). – С. 10-11.
3. Фомина И.Г. Влияние амлодипина на артериальное давление, эндотелиальную функцию, бронхиальную проходимость и качество жизни у больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких / И.Г. Фомина, А.Е. Брагина, А.В. Вертлужный // Рос.кардиол.ж. – 2005. – № 6 (56). – С. 67-70.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2012) [Electronic Resources] / 2012. – Режим доступа: [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
5. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program / S. Sidney, M. Sorel, C.P. Jr Quesenberry [et al.] // Chest. – 2005. – № 128. – P. 2068-2075.
6. Sin D.D. Mortality in COPD: role of comorbidities / D.D. Sin // Eur. Respir. J. – 2006. – № 28. – P. 1245-1257.
7. Stephen I. Rennard. Clinical Approach to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiovascular Disease / Rennard I. Stephen // The Proceedings of the Am. Thoracic Society. – 2005. – № 2. – P. 94-100.

## ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВАННОЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ

*Л.В. Распутина*

**Резюме.** Целью нашей работы было оценить эффективность различных схем антигипертензивной терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующей артериальной гипертензией. Оценено три различных схемы комбинированной терапии антигипертензивными препаратами. Установлено, что при длительном применении комбинации ингибиторов АПФ и бета – блокаторов отмечалось достоверное уменьшение частоты сердечных сокращений, количества эпизодов болевой и безбольевой ишемии миокарда, желудочковых экстрасистол высоких градаций. При применении комбинации ингибитора АПФ и диуретика наблюдается уменьшение величины функционального класса сердечной недостаточности, положительный инотропный эффект и существенное улучшение параметров качества жизни. При применении комбинации ингибитора АПФ и антагонистов кальция был значительно лучший антиремоделлирующий эффект, уменьшение давления в легочной артерий. В то же время все три схемы терапии одинаково эффективно снижали уровень офисного давления.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия.

THE OPTIMAL CHOICE OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH  
COMORBID DISEASES: CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND  
ESSENTIAL HYPERTENSION. JUSTIFICATION IS BASED ON PERSONAL EXPERIENCE

*L.V. Rasputina*

**Abstract.** The aim of our study was to evaluate the effectiveness of various schemes of antihypertensive therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant hypertension. Three different schemes of combined therapy with antihypertensive drugs have been assessed. It has been established that prolonged use of a combination of ACE inhibitors and beta-blockers caused a significant decrease in heart rate, in the number of episodes of painful and silent myocardial ischemia, ventricular extrasystoles of high grade. When combined, ACE inhibitor and diuretic decrease the value of the functional class of heart failure, the positive inotropic effect and the quality of life parameters improve significantly. A combination of ramipril and amlodipine had much better antyremodulating effect, and the pressure in the pulmonary arteries dropped. At the same time, all three therapies equally effectively reduced the level of office pressure.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, antihypertensive therapy.

Pirogov National Medical University (Vinnitsa)

Рецензент – проф. Л.П. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 82-87

Надійшла до редакції 25.11.2013 року

© Л.В. Распутіна, 2014

УДК 616.147.3-007.64-085

*Р.В. Сабадош<sup>1</sup>, О.В. Пиптюк<sup>1</sup>, А.Є. Богуш<sup>2</sup>, В.Д. Скрипко<sup>1</sup>, М.Д. Ризюк<sup>1</sup>,  
С.Б. Телемуха<sup>1</sup>, Д.Ю. Хомин<sup>2</sup>, Р.Д. Драгомирецький<sup>2</sup>*

МАЛА ПІДШКІРНА ВЕНА ТА ГОСТРИЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТ  
НИЖНІХ КІНЦІВОК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»<sup>1</sup>  
Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня<sup>2</sup>

**Резюме.** Для порівняння ролі малої і великої підшкірних вен (МПВ і ВПВ) у розвитку гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) нижніх кінцівок проведено обстеження 236 пацієнтів із тромботичним процесом на 250 кінцівках. Найбільш незалежно роль МПВ та ВПВ при ГВТФ представляв показник частоти тромбозу цих вен серед кінцівок із рефлюксом одночасно у МПВ і ВПВ. За цим показником, статистично значимої відмінності між МПВ і ВПВ не виявлено ( $p=0,669$ ): 49,0 % (95 % ДІ 34,8-63,4 %) проти 45,1 % (95 % ДІ 31,1-59,7 %). Такий результат засвідчив, що традиційно декларована більша частота тромбозу ВПВ серед загаль-

ної кількості осіб із ГВТФ зумовлена виключно частішою наявністю патологічного рефлюксу в цій вені. Частота ж тромбозу гілок ВПВ виявилася значно вищою, ніж частота тромбозу гілок МПВ, незалежно від того, в яких групах відбувалося порівняння (у всіх випадках  $p<0,05$ ). Результати дослідження вказують на те, що роль МПВ при ГВТФ часто недооцінюється, а ретельне обстеження патології її системи може покращати наслідки лікування осіб із ГВТФ.

**Ключові слова:** гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, мала підшкірна вена.

**Вступ.** Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) нижніх кінцівок привертає до себе увагу насамперед тому, що нерідко супроводжується тяжкими тромбоемболічними ускладненнями [1]. У недавньому систематичному огляді виявлено, що в 6-44 % пацієнтів із діагнозом ГВТФ спостерігається тромбоз глибоких вен, а у 2-13 % – симптомна тромбоемболія легеневої артерії [7].

Найважливіше для успішної профілактики цих ускладнень – це ретельна діагностика розповсюдження тромботичного процесу. У більшості випадків тромботичні маси локалізуються в системі великої підшкірної вени (ВПВ) [6]. При традиційній настороженості щодо ВПВ часто незаслужено залишається поза увагою тромбофлебіт малої підшкірної вени (МПВ). Ситуація мало змінилася і після

появи та вдосконалення ультразвукового дуплексного та триплексного сканування венозної системи, яке дало змогу виявляти тромбофлебіт МПВ навіть при субклінічному перебігу. При цьому, ігнорування МПВ трапляється не лише в одноцентрових, але й у рандомізованих багаточентрових дослідженнях. В одному з недавніх таких досліджень, проведених на 3002 пацієнтах, про тромбофлебіт МПВ не вказано в жодного пацієнта [4]. Дані поодиноких дослідників свідчать про надзвичайно важливу роль МПВ при ГВТФ, вказуючи на те, що її тромботичне ураження супроводжується тромбозом глибоких вен у 65,6 % або й навіть у 82 % випадків [5, 3].

Такі суперечливі дані примусили нас провести власне дослідження частоти та ролі тромбозу МПВ при ГВТФ для оптимізації лікувальної так-