

Науковий журнал
«ScienceRise: Medical Science»
№ 12(20)2017

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Георгіянц Маріне Акопівна
доктор медичних наук, професор
Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Болотна Л. А., доктор медичних наук, професор, Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)
Клименко М. О., доктор медичних наук, професор, Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)
Хвисьюк О. М., доктор медичних наук, професор, Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)
Mustafa Afifi, MD of Ras Al Khaima Medical University (UAE)
Edna Arcuri, Professor of Universidade Guarulhos (Brazil)
Martina Bellini, Professor of Università degli studi di Milano Bicocca; Clinica San Carlo, Paderno Dugnano–Milano (Italy)
Katarzyna Borowska, Associate Professor of Medical University of Lublin (Poland)
Iqbal A. Bukhari, Professor of University of dammam (Saudi Arabia)
Hubert Daisley, Professor of University Of The West Indies(Trinidad and Tobago)
Razvigor Darlenski, MD of Trakia University Stara Zagora (Bulgaria)
Mehmet Doganay, Professor of Erciyes University (Turkey)
Roy George, Professor of Griffith University, Queensland (Australia)
Milos Jesenak, Associate Professor, MD of Comenius University (Slovakia)
Prasanta Kumar Mitra, Professor of Sikkim Manipal University, Gangtok, Sikkim (India)
Maria Nascimento, Professor of Rio de Janeiro State Federal University (Brazil)
Shalini Sharma, Professor of Editor and proprietor Moksha Publishing House (India)
Jyan-Gwo Su, Professor of National Chiayi University (Taiwan, Province of China)
Koichi Watanabe, Assistant Professor of Kurume University School of Medicine, Kurume (Japan)

**Міжнародна представленість
та індексація журналу:**

Засновники
НВП ПП «Технологічний Центр»
Харківська медична академія
післядипломної освіти

Видавець
НВП ПП «Технологічний Центр»

Адреса редакції та видавництва
вул. Шатилова дача, 4,
м. Харків, Україна, 61145

Контактна інформація
Тел.: +38 (057) 750-89-90
E-mail: sr7508990@gmail.com
Сайт: <http://medic.sr.org.ua>

- [Index Copernicus](#)
- [РИНЦ](#)
- [CrossRef](#)
- [WorldCat](#)
- [DOAJ](#)
- [BASE](#)
- [ResearchBib](#)
- [DRJI](#)
- [CiteFactor](#)
- [OAJI](#)
- [Ulrich's Periodicals Directory](#)
- [Scientific Indexing Services](#)
- [Sherpa/Romeo](#)
- [Advanced Science Index](#)
- [General Impact Factor \(GIF\)](#)
- [InfoBase Index](#)
- [Scientific Journals \(ISJ\)](#)
- [Journalindex](#)
- [JournalTOCs](#)
- [GIGA Information Centre](#)

**Свідцтво про державну
реєстрацію журналу**
КВ № 22002-11902Р від 01.04.2016

Атестовано наказом
Міністерства
освіти і науки України
№ 528 від 12.05.2015
№ 374 від 13.03.2017

Рекомендовано Вченою Радою
Харківської медичної академії
післядипломної освіти
Протокол № 10 від 22.12.2017р.

Підписано до друку
26.12.2017 р.

Формат 60×84 1/8
Ум.-друк. арк. 7,75. Обл.-вид. арк. 7,21
Наклад 300 прим. Ціна договірна

Scientific journal
«ScienceRise: Medical Science»
№ 12(20)2017

EDITOR IN CHIEF

Marine Georgiyants

MD, Professor, Kharkiv Medical academy of Postgraduate Education (Ukraine)

EDITORIAL BOARD

Liudmyla Bolotna, MD, Professor, Kharkiv Medical academy of Postgraduate Education (Ukraine)

Mykola Klymenko, MD, Professor, Kharkiv Medical academy of Postgraduate Education (Ukraine)

Oleksandr Khvytsyuk, MD, Professor, Kharkiv Medical academy of Postgraduate Education (Ukraine)

Mustafa Afifi, MD of Ras Al Khaima Medical University (UAE)

Edna Arcuri, Professor of Universidade Guarulhos (Brazil)

Martina Bellini, Professor of Università degli studi di Milano Bicocca; Clinica San Carlo, Paderno Dugnano-Milano (Italy)

Katarzyna Borowska, Associate Professor of Medical University of Lublin (Poland)

Iqbal A. Bukhari, Professor of University of dammam (Saudi Arabia)

Hubert Daisley, Professor of University Of The West Indies (Trinidad and Tobago)

Razvigor Darlenski, MD of Trakia University Stara Zagora (Bulgaria)

Mehmet Doganay, Professor of Erciyes University (Turkey)

Roy George, Professor of Griffith University, Queensland (Australia)

Milos Jesenak, Associate Professor, MD of Comenius University (Slovakia)

Prasanta Kumar Mitra, Professor of Sikkim Manipal University, Gangtok, Sikkim (India)

Maria Nascimento, Professor of Rio de Janeiro State Federal University (Brazil)

Shalini Sharma, Professor of Editor and proprietor Moksha Publishing House (India)

Jyan-Gwo Su, Professor of National Chiayi University (Taiwan, Province of China)

Koichi Watanabe, Assistant Professor of Kurume University School of Medicine, Kurume (Japan)

Journal's international indexing

Establishers

SPC PC «TECHNOLOGY CENTER»
Medical academy of
Postgraduate Education

Publisher

SPC PC «TECHNOLOGY CENTER»

**Editorial office's and
publisher's address**

Shatilova dacha st., 4, «Kharkiv,
Ukraine, 61145»

Contact information

Tel.: +38 (057) 750-89-90
E-mail: sr7508990@gmail.com
Website: http://medic.sr.org.ua

- Index Copernicus
- ПИИЦ
- CrossRef
- WorldCat
- DOAJ
- BASE
- ResearchBib
- DRJI
- CiteFactor
- OAJI
- Ulrich's Periodicals Directory
- Scientific Indexing Services
- Sherpa/Romeo
- Advanced Science Index
- General Impact Factor (GIF)
- InfoBase Index
- Scientific Journals (ISJ)
- Journalindex
- JournalTOCs
- GIGA Information Centre

State Registration

Certificate of the journal
KB № 22002-11902P from 01.04.2016

Certificated by order of

Ministry of Education and
Science of Ukraine
№ 528 from 12.05.2015
№ 374 from 13.03.2017

Recommended by Academic Council

of Kharkiv Medical academy of
Postgraduate Education
Protocol № 10 from 22.12.2017

Signed for publication on
26.12.2017

Format 60×84 1/8
Price is negotiable
Circulation 300 copies

ЗМІСТ
наукового журналу
«ScienceRise: Medical Science»
№ 12(20)2017

СОДЕРЖАНИЕ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ВОЛОСАХ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ Л. П. Бедненко, М. Ю. Тихонова, В. И. Филиппов	4
КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ М. В. Починская, Н. И. Яблучанский	13
ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ, ЩО ОБТЯЖУЮТЬ КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ПОРУШУЮТЬ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, К. В. Назаренко, С. Г. Опімах	18
ВМІСТ α-, γ -ІНТЕРФЕРОНУ ТА НЕОПТЕРИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ЖІНОК З ПАРВОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ВАГІТНОСТІ Н. П. Бондаренко	23
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА СИФІЛІС В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ А. А. Фомюк, І. М. Круковська, В. М. Косенко	27
ЛИКВИДАЦИЯ ПЕРЕДАЧИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА В УКРАИНЕ: ПРОГРЕСС И ВЫЗОВЫ Л. А. Деревянко, В. А. Марциновская	32
РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК МІШЕНЬ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ О. О. Кришталь	36
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОЄДНАНИХ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДЕНКОЮ У ЖИНОК К. О. Зеленська, Г. Г. Кольцова	39
ОБҐРУНТУВАННЯ ТА БАЗОВІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ О. Е. Духовський	42
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН РАЗБРОСА ДАННЫХ О РАСПРОСТРАНЁННОСТИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ А. М. Боян, В. И. Бессонов	46
ABSTRACT&REFERENCES	51

УДК: 616.12-008.3:616-08-06; 615.036.8.

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119946

КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

© М. В. Починская, Н. И. Яблучанский

Целью работы было оценить изменение клинических признаков пациентов в зависимости от уровня пульсового артериального давления (ПАД) на годовом этапе после имплантации кардиостимуляторов и медикаментозной терапии. Результаты показали улучшение клинической картины, что характеризовалось снижением частоты встречаемости клинических признаков пациентов в низких и в большей мере в высоких классах, сопровождаясь их концентрацией в III классе ПАД

Ключевые слова: постоянная электрокардиостимуляция, классы пульсового артериального давления, клиническая характеристика

1. Введение

Клинические признаки определяют состояние здоровья пациентов, характеризуют качество и продолжительность жизни и зависят от состояния функций органов и систем, в том числе от пульсового артериального давления (ПАД) [1]. Наиболее благоприятным считается ПАД 40–60 мм рт. ст., увеличение и снижение его на 10 мм рт. ст. повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) на 13 %, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 20 % и общую смертность на 15 % [2]. Имплантация постоянного электрокардиостимулятора (ЭКС) применяется для замены естественного водителя ритма при некоторых заболеваниях сердца, не поддающихся медикаментозной терапии [3]. В приведенной работе показано влияние ЭКС на клинические признаки пациентов с различными уровнями ПАД в течение года медикаментозной терапии.

2. Обоснование исследования

Имплантация (ЭКС) применяется у пациентов с нарушениями ритма и проводимости и тяжелыми формами сердечной недостаточности (СН) [3]. Kohno R. et. al. [4] показали меньшее изменение АД при однокамерной септальной стимуляции правого желудочка, в сравнении с апикальной. У пациентов с коморбидной патологией после имплантации ЭКС и медикаментозной терапии отмечается улучшение клинической картины [5]. ЭКС вместе с медикаментозной терапией сказывается не только на уровне ПАД, но и на клиническом состоянии пациентов [6]. Однако влияние медикаментозной терапии на изменение клинических признаков в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС до сих пор не изучено.

3. Цель работы

Оценить изменение клинических признаков пациентов в классах ПАД на годовом этапе медикаментозной терапии после имплантации ЭКС для разработки предложений по контролю артериального давления и коррекции медикаментозной терапии.

4. Материалы и методы исследования

В отделении ультразвуковой и клинко-инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов сердечно-сосудистой системы и мининвазивных вмешательств ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» обследовано 220 пациентов (110 мужчин и 110 женщин), средний возраст которых составил 70 ± 9 лет с приведенными показаниями к имплантации ЭКС (2006–2015 годы): атриовентрикулярная блокада – у 125 пациента, блокада ножек пучка Гиса – у 55, синдром слабости синусового узла – у 51, постоянная форма фибрилляции предсердия (ФП) – у 35, дилатационная кардиомиопатия – у 16.

Критериями исключения являлись: возраст менее 40 лет, наличие сопутствующей стенокардии IV функционального класса (ФК), ХСН IV ФК, стимуляция правого и/или левого желудочков менее 50 %.

До, в ранний период (3–5 дней), через 6 месяцев и 1 год после имплантации и медикаментозной терапии оценивались формы хронической ИБС (ХИБС) – постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), ФК стабильной стенокардии (I–III) [7, 8]; стадии (I–III) и степени тяжести (1–3) артериальной гипертензии (АГ) [8, 9], типы сахарного диабета (СД); ФК (I–III) (НУНА) и стадии ХСН (I–III) по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко [10]; формы ФП (пароксизмальная и персистирующая, постоянная) [11].

САД и ДАД измерялись по методу Короткова с помощью тонометра Microlife BP AGI-20 после 15 минут отдыха. ПАД рассчитывали по формуле: $ПАД = САД - ДАД$ (мм рт. ст.).

Медикаментозная терапия проводилась следующими препаратами и их среднетерапевтическими дозами:

– В01АА антикоагулянты (варфарин 2,5–7,5 мг/сут), в том числе и новые антикоагулянты В01АЕ прямые ингибиторы тромбина – дабигатран этексилат (прадакса 300 мг) и В01АF прямые ингибиторы фактора Ха – ривароксабан (ксарелто 20 мг);

– B01AC антиагреганты (клопидогрель 75 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75–325 мг/сут);

– C01BD антиаритмические препараты (амиодарон 200–600 мг/сут);

– C03 диуретики (гидрохлортиазид 12,5–50 мг/сут, фуросемид 40–80 мг/сут, торасемид 2,5–5 мг/сут);

– C07A блокаторы бета-адренорецепторов (метопролол 100–400 мг/сут, бисопролол 5–10 мг/сут, небиволол 2,5–5 мг/сут, карведилол 12,5–50 мг/сут);

– C08 антагонисты Ca (C08CA дигидропиридиновые производные – амлодипин 5–10 мг/сут, нифедипин 40–80 мг/сут и C08DA фенилалкиламиновые производные – верапамил 120–360 мг/сут);

– C09A ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл 10–20 мг, лизиноприл 5–10 мг, рамиприл 1,25–5 мг/сут);

– C09C блокаторы рецепторов ангиотензина II (лозартан 25–50 мг/сут, кандесартан 4–16 мг/сут);

– C10AA ингибиторы гидроксиметилглутарил коэнзима А редуктазы (симвастатин 10–40 мг/сут, аторвастатин 10–40 мг/сут).

Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД – менее 20 мм рт. ст., II – низкое более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма – 40–60 мм рт. ст., IV – высокое более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм рт. ст.

Во II классе ПАД зарегистрировано 5 (2 %) пациентов, в III – 139 (63 %), в IV – 57 (26 %), в V – 19 (9 %). В I класс ПАД не вошло ни одного пациента. В каждом из классов ПАД изучалась частота встречаемости клинических признаков пациентов на этапах медикаментозной терапии после имплантации ЭКС.

В Microsoft Excel, Statistica формировали и обрабатывали базу данных. Для статистической оценки результатов использовали непараметрические критерии (относительные (р, процент (%)) и средняя ошибка процента (sP)) единицы. Достоверность отличий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента. Ожидаемый результат определялся уровнем достоверности $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

5. Результаты исследования

До имплантации ЭКС ПИКС наблюдался у 15 % пациентов, при этом во II классе ПАД – у 1 %, в III – у 3 %, в IV – у 4 % и в V – у 7 %. С повышением класса ПАД его частота встречаемости увеличивалась в большей мере за счет V класса ПАД. На всем периоде наблюдения после имплантации ЭКС частота встречаемости ПИКС повышалась в III классе за счет её снижения во II, IV и в большей мере в V классах ПАД в ранний период и через 6 месяцев, в IV и V классах ПАД через 1 год (табл. 1).

До имплантации ЭКС стабильная стенокардия наблюдалась у 53,5 %, при этом во II классе ПАД – у 1 %, в III – у 7,5 %, в IV – у 13 % и в V – у 32 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась её частота встречаемости в большей мере в IV и V классах ПАД. На всём периоде наблюдения после имплантации ЭКС частота встречаемости ФК стенокардии повышалась в III классе ПАД за счет сниже-

ния частоты встречаемости I ФК во II и V классах ПАД и I, II, III ФК – в IV классе в ранний период, I ФК – во II, V классе, I, II ФК – в V классе и I, II, III ФК – в IV классе ПАД через 6 месяцев и 1 год после коррекции антигипертензивной терапии (табл. 2).

Таблица 1

Частоты встречаемости ПИКС в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (% $\pm$ sP)

Классы ПАД		Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	ПИКС	0,9 $\pm$ 0,6 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}
III		3 $\pm$ 1	9,5 $\pm$ 2 [#]	9,5 $\pm$ 2 [#]	11,5 $\pm$ 2 [#]
IV		4 $\pm$ 1	2 $\pm$ 1 [*]	2 $\pm$ 1 [*]	1 $\pm$ 0,8 ^{§*}
V		7 $\pm$ 2 [*]	3 $\pm$ 1 ^{§*}	3 $\pm$ 1 ^{§*}	2 $\pm$ 1 ^{§*}

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; * – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

Таблица 2

Частоты встречаемости ФК стабильной стенокардии в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (% $\pm$ sP)

Классы ПАД	ФК стабильной стенокардии	Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	I	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0	0	0
	II	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}	0,5 $\pm$ 0,5 ^{§*}
	III	0	0	0	0
III	I	3 $\pm$ 1	7 $\pm$ 1,7 [#]	10 $\pm$ 2 [#]	10 $\pm$ 2 [#]
	II	4 $\pm$ 1	8 $\pm$ 2 [#]	10 $\pm$ 2 [#]	11 $\pm$ 2,1 [#]
	III	0,5 $\pm$ 0,5	2,5 $\pm$ 1 [#]	1,5 $\pm$ 0,9	2,5 $\pm$ 1 [#]
IV	I	3 $\pm$ 1	1 $\pm$ 0,8 [*]	0	0
	II	8 $\pm$ 2 [*]	4 $\pm$ 1 ^{§*}	5 $\pm$ 1 [*]	4 $\pm$ 1 ^{§*}
	III	2 $\pm$ 1	0	1 $\pm$ 0,8	0
V	I	8 $\pm$ 2 ^{§*}	6 $\pm$ 1,6 [§]	2 $\pm$ 1 ^{§*}	2 $\pm$ 1 ^{§*}
	II	16 $\pm$ 2 ^{§*}	16 $\pm$ 2 ^{§*}	14 $\pm$ 2 [§]	13 $\pm$ 2 [§]
	III	8 $\pm$ 2 ^{§*}	8 $\pm$ 2 ^{§*}	8 $\pm$ 2 ^{§*}	8 $\pm$ 2 ^{§*}

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; * – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации ЭКС АГ встречалась в 86,8 % случаев, в том числе во II классе ПАД – у 1,8 %, в III – у 9 %, в IV – у 24 %, в V – у 52 %. С повышением класса ПАД увеличивались частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ. При этом 1 степень АГ не зарегистрирована в V классе ПАД, 3 степень – во II классе, I стадия – ни в одном из классов ПАД на всём периоде наблюдения. С имплантацией ЭКС наблюдалось повышение частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ в III классе за счет

её снижения в остальных классах. Через 1 год после имплантации в частотах встречаемости АГ отмечалось увеличение доли пациентов со II, III стадиями и I, 3, 2 степенями по частоте убывания за счёт перехода из II, IV и V классов ПАД (табл. 3).

Таблица 3

Частоты встречаемости стадий и степеней тяжести АГ в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	АГ До ЭКС	Этапы исследования			
		3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС	
II	Стадия	I	0	0	0
		II	0,9±0,6 [§]	0,5±0,5 [§]	0,5±0,5 [§]
		III	0,9±0,6 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}
	Степень	1	0,9±0,6 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}
		2	0,9±0,6 [§]	0,5±0,5 ^{§*}	0,5±0,5 ^{§*}
		3	0	0	0
III	Стадия	I	0	0	0
		II	4±1	14,5±2 [#]	11,5±2 [#]
		III	5±1	10,5±2 [#]	10,5±2 [#]
	Степень	1	4±1	8,5±2 [#]	6,5±2
		2	2±1	5,5±2	5,5±2
		3	4±1	12±2 [#]	11±2 [#]
IV	Стадия	I	0	0	0
		II	18±3 [*]	12±2	15±2
		III	6±2	4±1 [*]	3±1 ^{##}
	Степень	1	21±3 [*]	17±2 [*]	19±3 [*]
		2	11±2 [*]	8±2	9±2
		3	7±2	6±2 [*]	5±2 [*]
V	Стадия	I	0	0	0
		II	33±3 ^{§*}	29±3 ^{§*}	29±3 ^{§*}
		III	19±3 ^{§*}	16±2 ^{§*}	17±2 ^{§*}
	Степень	1	0	0	0
		2	21±3 ^{§*}	21±3 ^{§*}	20±3 ^{§*}
		3	7±2 [*]	0 ^{§*#}	2±1 ^{§*#}

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; * – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации СД 2 типа наблюдался у 15 %, при этом в III классе ПАД – у 3 %, в IV – у 5 % и в V – у 7 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась его частота встречаемости за счет IV и V классов ПАД. Во II классе ПАД пациенты с СД зарегистрированы не были на всех этапах наблюдения. На всем периоде исследования после имплантации ЭКС наблюдалась тенденция повышения частоты встречаемости СД в III классе ПАД без статистической значимости различий между группами за счет снижения её в IV и V классах ПАД (табл. 4).

Таблица 4

Частоты встречаемости СД в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	СД	Этапы исследования			
		До ЭКС	3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	Тип 2	0	0	0	0
III		3±1	4±1	4±1	5±2
IV		5±2	4±1	4±1	4±1
V		7±2 [*]	7±2	7±2	6±2

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и V классами ПАД; # – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

До имплантации ЭКС ХСН встречалась у 84,5 %, при этом во II классе ПАД – у 1,5 %, в III – у 16 %, в IV – у 22 % и в V – у 45 % пациентов. III стадии ХСН не зарегистрировано ни в одном классе ПАД, I ФК – во II классе на всех этапах исследования. После имплантации ЭКС частота встречаемости ХСН повышалась в III классе ПАД за счёт снижения частоты встречаемости стадий во II, IV и V, и ФК – в IV и V классах ПАД. К концу периода наблюдения во II классе ПАД отмечалась тенденция снижения без статистической значимости между группами II В стадии, в IV – I, II и III ФК в V – II А, II В стадии и I, II, III ФК ХСН при статистически значимом повышении в III классе ПАД II А, II В стадии и I, II, III ФК ХСН. Во II классе ПАД не изменилась II А стадия II, III ФК ХСН, в III – I стадия, в IV – I, II А, II В стадия, в V – I стадия ХСН (табл. 5).

До имплантации ЭКС пароксизмальная и персистирующая формы ФП наблюдались у 14,5 %, при этом в III классе ПАД – у 0,5 %, в IV – у 5 % и в V – у 9 % пациентов; постоянная форма ФП – у 16 %, в III классе ПАД – у 2 %, в IV – у 2 % и в V – у 12 % пациентов. С повышением класса ПАД увеличивалась частота встречаемости ФП, за счет IV и в большей степени V классов ПАД. Во II классе ПАД пациенты с постоянной, персистирующей и пароксизмальной формой ФП зарегистрированы не были. На всех этапах после имплантации ЭКС отмечалось повышение частоты встречаемости всех форм ФП в III классе ПАД за счет её снижения в IV и V классах ПАД в ранний период и через 6 месяцев, и в меньшей степени в IV и в большей степени в V классах ПАД через 1 год после поддерживающей медикаментозной терапии (табл. 6).

Таблица 5

Частоты встречаемости стадий и ФК ХСН в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ХСН До ЭКС	Этапы исследования			
		3–5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС	
II	Стадия	I	0	0	0
		II A	0,5±0,5*§×	0,5±0,5*§×	0,5±0,5*§×
		II B	1±0,8×	0,5±0,5*×	0,5±0,5*§×
		III	0	0	0
	ФК	I	0	0	0
		II	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×
		III	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×	0,9±0,6*§×
III	Стадия	I	9±2	13±2	13±2
		II A	5±2	11±2	9±2
		II B	2±1	7,5±2 [#]	5,5±2
		III	0	0	0
	ФК	I	0,5±0,5	1±1	3,5±1 [#]
		II	5±2	13±2 [#]	9±2
		III	3±1	7±2 [#]	7±2 [#]
IV	Стадия	I	3±1*	0	0
		II A	16±2*	12±2	14±2*
		II B	3±1	2±1*	2±1
		III	0	0	0
	ФК	I	3±1	0	1±1
		II	13±2*	10±2	11±2
		III	6±2	4±1	4±1
V	Стадия	I	0,9±0,6*	0	0
		II A	30±3*§	28±3*§	28±3*§
		II B	14±2*§	10±2 [§]	12±2*§
		III	0	0	0
	ФК	I	7±2*§	5±2*§	5±2 [§]
		II	25±3*§	20±3*§	23±3*§
		III	20±3*§	18±3*§	18±3*§

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и II, IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и II, V классами ПАД; × – $p < 0,05$ между V и II классами ПАД; [#] – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

Таблица 6

Частоты встречаемости форм ФП в классах ПАД у пациентов с имплантированными ЭКС на этапах медикаментозной терапии (%±sP)

Классы ПАД	ФП	Этапы исследования			
		До ЭКС	3-5 дней ЭКС	6 месяцев ЭКС	1 год ЭКС
II	Пароксизмальная и персистирующая	0	0	0	0
	Постоянная	0	0	0	0
III	Пароксизмальная и персистирующая	0,5±0,5	3,5±1 [#]	3,5±1 [#]	7,5±2 [#]
	Постоянная	2±1	4±1	4±1	7±2 [#]
IV	Пароксизмальная и персистирующая	5±2*	3±1	3±1	2±1*
	Постоянная	2±1	2±1	2±1	1±0,8*
V	Пароксизмальная и персистирующая	9±2*	8±2*§	8±2*§	5±2
	Постоянная	12±2*§	10±2*§	10±2*§	8±2 [§]

Примечание: * – $p < 0,05$ между III и IV, V классами ПАД; § – $p < 0,05$ между IV и V классами ПАД; [#] – $p < 0,05$ – среди значений одного класса ПАД до и после имплантации ЭКС

5. Обсуждение результатов исследования

Приведенные данные о высоких частотах встречаемости АГ, ХСН и стабильной стенокардии и меньших – ФП, ПИКС и СД 2 типа, соответствующих высоким классам ПАД до имплантации ЭКС косвенно подтверждаются исследованиями, где клинические признаки были изучены в отношении продолжительности интервала QTc [12], ФК ХСН [13] и классов QRS комплекса [14].

Найденное снижение частоты встречаемости ПИКС, стабильной стенокардии, АГ, СД, ХСН и ФП в высоких и низких классах ПАД за счёт её повышения в нормальном классе на всём периоде исследования косвенно соответствует данным [13], где, однако, классы ПАД изучены не были.

Полученное более значимое снижение частоты встречаемости клинических признаков в IV и V классах ПАД через год после имплантации ЭКС объясняется повышением антигипертензивной терапии пациентов, оптимизацией параметров стимуляции и улучшением насосной функции

сердца, что косвенно подтверждается в исследованиях [12].

Представленные результаты свидетельствуют об эффективности менеджмента пациентов после имплантации ЭКС, сопровождающейся улучшением клинической картины, однако, требуется более тщательный медикаментозный контроль в IV и V классах ПАД.

6. Выводы

1. До имплантации ЭКС большие частоты встречаемости АГ (86,8 %), ХСН (84,5 %), стабильной стенокардии (53,5 %) и меньшие – ФП (30,5 %), ПИКС (15 %) и СД 2 типа (15 %) ассоциируются с IV и V классами ПАД.

2. Имплантации ЭКС вместе с медикаментозной терапией способствуют улучшению клинической картины пациентов с нефизиологическим уровнем ПАД, сопровождаясь их концентрацией в III классе ПАД.

3. Необходима коррекция медикаментозной поддержки у пациентов в IV и V классах ПАД.

Литература

1. Selvaraj, S. Pulse Pressure and Risk for Cardiovascular Events in Patients With Atherothrombosis [Text] / S. Selvaraj, P. G. Steg, Y. Elbez, E. Sorbets, L. J. Feldman, K. A. Eagle et. al. // Journal of the American College of Cardiology. – 2016. – Vol. 67, Issue 4. – P. 392–403. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.084
2. Walton, M. K. Clinical Outcome Assessments: Conceptual Foundation-Report of the ISPOR Clinical Outcomes Assessment – Emerging Good Practices for Outcomes Research Task Force [Text] / M. K. Walton, J. H. Powers, J. Hobart, D. Patrick, P. Marquis, S. Vamvakas et. al. // Value in Health. – 2015. – Vol. 18, Issue 6. – P. 741–752. doi: 10.1016/j.jval.2015.09.2863
3. Brignole, M. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy [Text] / M. Brignole, A. Auricchio, G. Baron-Esquvias et. al. // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34, Issue 29. – P. 2281–2329. doi: 10.1093/eurheartj/ehs150
4. Kohno, R. Effects of right ventricular pacing sites on blood pressure variation in upright posture: a comparison of septal vs. apical pacing sites [Text] / R. Kohno, H. Abe, H. Nakajima, K. Hayashi, Y. Oginosawa, D. G. Benditt // Europace. – 2016. – Vol. 18, Issue 7. – P. 1023–1029. doi: 10.1093/europace/euv298
5. Yang, H. Efficacy of Medication Directed by Home-Monitoring Cardiac Resynchronization Therapy in Chronic Heart Failure Patients [Text] / H. Yang, F. Zhang, X. Peng, D. Zhao, J. Peng // Chinese Medical Sciences Journal. – 2014. – Vol. 29, Issue 1. – P. 61–62. doi: 10.1016/s1001-9294(14)60028-6
6. Ellims, A. H. Restoration of blood pressure control with pacemaker implantation in a patient with bradycardia and resistant hypertension: A case report [Text] / A. H. Ellims, J. A. Mariani, M. P. Schlaich // International Journal of Cardiology. – 2013. – Vol. 167, Issue 2. – P. e38–e40. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.03.080
7. Fihn, S. D. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease [Text] / S. D. Fihn, J. M. Gardin, J. Abrams, K. Berra, J. C. Blankenship, A. P. Dallas et. al. // Journal of the American College of Cardiology. – 2012. – Vol. 60, Issue 24. – P. e44–e164. doi: 10.1016/j.jacc.2012.07.013
8. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих [Текст] / ред. В. М. Коваленко, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренко. – Київ: ПП ВМБ, 2007. – 128 с.
9. Mancia, G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension [Text] / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redón, A. Zanchetti, M. Böhm et. al. // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31, Issue 7. – P. 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
10. Воронков, Л. Г. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності Асоціації кардіологів України та Української асоціації фахівців із серцевої недостатності [Текст] / Л. Г. Воронков, К. М. Амосова, А. Е. Баргій та ін. // Український кардіологічний журнал. – 2013. – С. 6–44.
11. January, C. T. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society [Text] / C. T. January, L. S. Wann, J. S. Alpert, H. Calkins, J. E. Cigarroa, J. C. Cleveland et. al. // Circulation. – 2014. – Vol. 130, Issue 23. – P. 2071–2104. doi: 10.1161/cir.0000000000000040
12. Мальцева, М. С. Класс продолжительности интервала QT и эффективность врачебной поддержки пациентов в первый год имплантации электрокардиостимулятора [Текст] / М. С. Мальцева // Yale Review of Education and Science. – 2015. – № 1 (16). – С. 552–558.
13. Коломицева, І. М. Функціональний клас хронічної серцевої недостатності та основні серцево-судинні стани у пацієнтів із імплантованими електрокардіостимуляторами на річному етапі апаратної і медикаментозної оптимізації [Текст] /

І. М. Коломицева, Д. Є. Волков, Д. О. Лопін, М. І. Яблунський // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, № 3 (51). – С. 136–140.

14. Шанина, И. В. Класс продолжительности комплекса QRS и клинические особенности пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией [Текст] / И. В. Шанина // Український кардіологічний журнал. Додаток. Матеріали 15 національного конгресу кардіологів України. – 2014. – № 4. – С. 188–189.

Дата надходження рукопису 26.10.2017

Починская Марина Владимировна, аспирант, ассистент, кафедра внутренней медицины, Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, пл. Свободы, 4, г. Харьков, Украина, 61022

E-mail: yourzemer@gmail.com

Яблунський Николай Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры, кафедра внутренней медицины, Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, пл. Свободы, 4, г. Харьков, Украина, 61022

E-mail: mydoctorlife@gmail.com

УДК 616.248+616.24-007.272-036.12.036:613.84-02

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119938

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ, ЩО ОБТЯЖУЮТЬ КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ПОРУШУЮТЬ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

© Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, К. В. Назаренко, С. Г. Опімах

В статті досліджено фактори, що обтяжують клінічний перебіг та порушують якість життя хворих на хронічну бронхообструктивну патологію. Практичні висновки даної роботи відповідають впровадженню рекомендацій щодо лікування хворих на сполучену бронхообструктивну патологію: це ефективна проти-запальна та бронхолітична терапія з особливим акцентом на своєчасне виявлення та адекватне лікування супутньої патології

Ключові слова: сполучена бронхообструктивна патологія, важкий перебіг, задишка, якість життя

1. Вступ

Вивчення особливостей поєднаного перебігу бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) – астма-ХОЗЛ поєднання (АХП) стало одним з найцікавіших напрямків дослідження бронхообструктивних захворювань в останні роки. Значна увага приділяється як рисам клінічного перебігу і коморбідним станам, так і патогенетичним механізмам запалення та порушень функції зовнішнього дихання. Ведеться пошук індивідуально найкращих варіантів терапії при різних фенотипах даної сполученої патології, оприлюднено багато класичних статистичних результатів з оцінки параметрів, що вивчаються [1, 2].

Дещо менше доступно даних щодо так званих клінічних результатів або наслідків АХП, які є фундаментальною категорією клінічної епідеміології та пов'язані з клінічно важливими для пацієнта подіями. Це такі клінічні явища, як смерть, наявність захворювання, дискомфорт, інвалідизація, незадоволення якістю життя [3].

Для пересічного хворого з АХП клінічно важливими є насамперед, симптоми захворювання. Так задишка та асоційовані з нею почуття задухи і неста-

чі повітря яка безпосередньо спричинює страждання пацієнта, так і опосередковано знижує толерантність до фізичного навантаження (інвалідизація). При поєднанні задишки з іншими притаманними для АХП симптомами (кашель, продукція мокрот, утруднене виведення мокрот) не тільки обмежується денна активність, але порушується сон хворого, що в сумі порушує якість його життя [4, 5].

2. Обґрунтування дослідження

Для оцінки задишки та симптомів ХОЗЛ впроваджено універсальні опитувальники з чіткими градаціями їх ступеню тяжкості. Задишка є комплексним суб'єктивним відчуттям, важливим симптомом респіраторних та серцево-судинних захворювань [6]. Для оцінки симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує декілька валідизованих опитувальників. GOLD пропонує застосовувати Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки mMRC та тест з оцінки ХОЗЛ (CAT) [7]. Модифікована шкала задишки добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я [8].

Шкала включає в себе 5 тверджень, які містять весь спектр легеневої недостатності від 0 (немає задишки) до 4 (максимально виражена задишка).