

ВИКОРИСТАННЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Винниченко Л.Б., Головка Т., Безсмертна Р.В., Райський А.В.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології, КУ СМКЛ №1

На теперішній час для лікування ХСН усіх функціональних класів в базисній терапії використовують бета-адrenoблокатори (бета-АБ). Призначення бета-АБ покращує якість життя пацієнтів та їх виживання. Разом з цим ХОЗЛ є «найбільш обгрунтованою» причиною не призначення препаратів цієї групи. Дані літератури свідчать про необхідність та безпечність призначення кардіоселективних бета-АБ при наявності ІХС, ХСН та супутньої ХОЗЛ.

Мета дослідження: підвищення ефективності терапії ХСН в поєднанні з ХОЗЛ шляхом призначення бета-АБ.

Досліджено 60 хворих віком від 45 до 70 років з ХСН II, III ФК на тлі ІХС в поєднанні з ХОЗЛ II, III стадії. Пацієнти були розділені на 2 співставні за віком, статтю та тривалістю хвороби групи: пацієнтам 1-ї (30 осіб) в якості базисної терапії ХСН призначали бісопролол в середній дозі 6,8±1,7 мг/добу; пацієнтам 2-ї групи (30 осіб) – метопролол тартрат в середній дозі 70, 2±12,1 мг/добу. Результати: 24-х тижневий прийом бісопролола та метопролола тартрата у складі базисної терапії ХСН призвів до значного покращення клінічного стану хворих на ХСН в поєднанні з ХОЗЛ: вірогідно зменшився ФК тяжкості ХСН, середній бал за ШОКС при ХСН. Проте, прийом бісопролола у складі базисної терапії ХСН у хворих на ХОЗЛ сприяв незначному зменшенню САТ, ДАТ та вірогідному зменшенню ЧСС (на 2,6%, 0,7% та 11,8% відповідно), тоді як прийом метопролола тартрата сприяв незначному збільшенню САТ й ДАТ, тоді як ЧСС практично не змінилась (0,7%, 0,8% і 0,1% відповідно). Виявлені зміни вплинули на показник якості життя пацієнтів. Так, вірогідне підвищення балів за результатами Сітловського опитувальника виявлено тільки в групі бісопролола (9,7%, $p < 0,05$). Покращення якості життя пацієнтів зі стенокардією в 1-й групі було пов'язано з подвійним зменшенням числа ангінозних нападів та кількості прийнятих таблеток нітрогліцерина за добу порівняно з пацієнтами 2-ї групи (62,5% і 78,6%, та 33,3% і 50,5% відповідно).

Прийом бісопролола виявився безпечним у хворих на ХСН в поєднанні з ХОЗЛ: пікова об'ємна швидкість видиху збільшилася на 2% та 11,1% відповідно через 12 й 24 тижні лікування та дещо покращилась бронхіальна прохідність через 24 тижні спостереження на рівні великих, середніх та дрібних бронхів (МОШ25, МОШ50 і МЛШ75 відповідно збільшилась на 1,4%, 3,9% і 3,4%). По іншому склалося в 2-й групі: 24-х тижнева базисна терапія ХСН із включенням метопролола тартрата призвела до незначного зменшення відношення ОФВ1/ФЖСЛ на 1,4% та ОФВ1 на 1,2% з одночасним незначним підвищенням опору дихальних шляхів на периферії (на 0,2%, 2,7% і 0,3% зменшились відповідно показники МОШ25, МОШ50, МОШ75).

Висновки. Виявлені зміни в обох групах не досягають критерію вірогідності, проте можуть свідчити про більшу безпечність використання бісопролола порівняно з метопрололом у хворих на ХСН в поєднанні з ХОЗЛ.