

УДК 616.12-008.46:616-005.98-08

В. Й. Кресюн, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф.,
І. В. Погоріла,
С. Б. Стречень, канд. мед. наук, доц.
Г. Г. Відавська, канд. мед. наук, доц.

ЛКУВАННЯ РЕФРАКТЕРНИХ НАБРЯКІВ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.12-008.46:616-005.98-08

В. И. Кресюн, И. В. Погорелая, С. Б. Стречень, А. Г. Видавская
ЛЕЧЕНИЕ РЕФРАКТЕРНЫХ ОТЕКОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью работы было выявить наиболее эффективную, малоинвазивную и экономически доступную схему лечения больных с СН II–III ст. III–IV ФК с РН. Лечение прошли 48 больных. Они были рандомизированы поровну на 2 группы.

В результате лечения у 20 (83,3 %) больных 1-й группы прослеживалось незначительное уменьшение отеков, а у 4 (16,7 %) больных — отсутствие эффекта от терапии. Во 2-й группе отмечено значительное уменьшение отеков у 10 (79,2 %) больных, у 5 (20,8 %) человек отеки постепенно исчезали.

Таким образом, проведенное исследование выявило наиболее эффективную схему лечения: в/в капельная инфузия фуросемида с эуфиллином и верошпирон перорально, что дает лучшие результаты лечения больных с СН II–III ст. III–IV ФК с РН, являясь при этом малоинвазивной и экономически доступной.

Ключевые слова: рефрактерные отеки, фуросемид, эуфиллин, верошпирон.

UDC 616.12-008.46:616-005.98-08

V. Y. Kresyun, I. V. Pogorila, S. B. Strechen, G. G. Vidavska
TREATMENT OF RESISTANT EDEMA IN PATIENTS WITH HEART FAILURE
The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

Objective of the work was determination of effective treatment regimens for patients with heart failure (HF) of NYHA III–IV and resistant edema (RE). 48 patients have been randomized into 2 groups.

Results of treatment was insignificant improvement of edema status in 20 (83.3%) patients of the 1st group, no response in 4 (16.7%) patients. In the 2nd group significant improvement of edema status in 10 (79.2%) patients and edema complete disappearance in 5 (20.8%) patients.

The results of the study edema demonstrate the efficacy of the treatment scheme consisting of furosemide plus eufhylline infusion and spironolactone. This kind of treatment provides the better results in patients with heart failure NYHA III–IV and RE.

Key words: resistant edema, furosemide, eufhylline, spironolactone.

Сьогодні загально визнаною є епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі й серцево-судинних. У формуванні сучасних негативних медико-демографічних тенденцій в Україні провідну роль відіграють саме серцево-судинні захворювання (ССЗ). Найрозповсюдженіші з-поміж них — ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія та пов'язані з ними порушення серцевого ритму і серцева недостатність (СН) [1; 2].

Незважаючи на те, що хвороби системи кровообігу є провідною причиною смерті населення економічно розвинутих країн, у більшості з них протягом останніх десятиліть реєструється стійка сприятлива динаміка показників здоров'я, пов'язаних із цією патологією. Тим же часом в Україні спостерігається прямо протилежна тенденція: за останні 25 років поширеність ССЗ серед населення зростає, а рівень смертності від них — на 45 %.

Структура смертності у країнах Євросоюзу значно відрізняється від такої в Україні, зокрема

питома вага її від хвороб системи кровообігу становить відповідно близько 28 та 62 %. При цьому частка смертності від ІХС в Україні у 4 рази більша, ніж у країнах Євросоюзу, у яких головними причинами смертності при ІХС є гострий інфаркт міокарда та раптова серцева (аритмічна) смерть, тромбоемболія легеневої артерії та серцева недостатність і, значно рідше, розрив аорти. З урахуванням статі, Україна за смертністю від ІХС серед чоловіків посідає перше, серед жінок — друге місце в Європі [2–4].

За даними Європейського конгресу кардіологів (Стокгольм, 2007), ССЗ — головна причина смерті жінок в Європі. Смертність жіночого населення від ССЗ є вищою порівняно з чоловіками (55 і 43 % відповідно) та вищою за очікувану смертність від усіх пухлинних захворювань [3; 4].

Прогнозування основних показників оцінки здоров'я до 2025 р. свідчить про складність цього процесу в Україні та необхідність комплексно-

го адекватного впливу на державному й регіональному рівнях.

Початок ХХІ ст. відзначається зміною і переглядом стратегії лікування ССЗ. Ці захворювання сприяють прогресуванню СН, яка, у свою чергу, ускладнюється рефрактерними набряками (РН) [1; 3].

Рефрактерними вважають набряки, які не зменшуються/не зникають за умов призначення діуретичних лікарських засобів у адекватних дозах, раціональному режимі призначення та раціональній комбінації, тобто майже або зовсім не піддаються лікуванню. Вони зазвичай розвиваються на фоні тяжкого перебігу основного захворювання або його ускладнень. При цьому наявні тяжкі порушення внутрішньониркової гемодинаміки, зниження клубочкової фільтрації, підвищення реабсорбції натрія в ниркових каналцях, значні порушення водно-електролітного гомеостазу [5; 6].

При лікуванні рефрактерних набрякових станів слід враховувати, що крім тяжкого прогресуючого основного захворювання на розвиток рефрактерності впливають також: гіпонатріємія (внаслідок тривалого прийому діуретиків на фоні гіпонатріємічної дієти), гіпопротейнемія, гіпоксія, гіпоксемія, плетора та підвищення артеріального тиску, артеріальна гіпотензія.

Метою роботи було виявити найбільш ефективну, малоінвазивну й економічно доступну схему лікування хворих на серцеву недостатність II Б–III ст. III–IV функціонального класу (ФК) з РН згідно з NYHA.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження базувалося на результатах лікування хворих терапевтичного відділення МКЛ № 1 Одеси. Проліковано 48 хворих (28 чоловіків, 20 жінок) на СН II Б–III ст. III–IV ФК зі значними РН у період з січня 2008 р. по лютий 2009 р. Вік хворих від 63 до 78 років. Крім базових препаратів (враховуючи показання та протипоказання: інгібітори АПФ, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцієвих каналів пролонгованої дії, антагоністи рецепторів ангіотензину II, серцеві глікозиди, статини, антиагреганти й антикоагулянти), у дослідженні використовували фуросемід, еуфілін, верошпірон у двох різних схемах введення. Вибір вищенаведених діуретиків пов'язаний з тим, що петльові діуретики (фуросемід) у великих дозах забезпечують доставку оптимальної кількості препарату до петлі Генле. По-друге, для посилення натрійуретичного ефекту та діурезу до петльових діуретиків рекомендується додавати калійзберігаючі (верошпірон). Останні також запобігають надмірній втраті калію [5].

Хворі рандомізовані порівню на 2 групи. У I групі пацієнти отримували фуросемід 1 % 4 мл

внутрішньовенно (в/в) болюсно після в/в крапельного введення еуфіліну 2 % 5 мл, розведеного у 100 мл 0,9 % розчину NaCl (для покращання ниркового кровообігу, посилення ефекту та тривалості дії фуросеміду); верошпірон 100–200 мг на 2 прийоми у першій половині дня (100 мг при комбінації з інгібіторами АПФ) [5; 6]. У II групі хворі отримували протягом 2,5–3 год в/в крапельно фуросемід 1 % 4 мл з еуфіліном 2 % 5 мл, розведені у 100 мл 0,9 % розчину NaCl, через день, у комбінації з верошпіроном за такою ж схемою, що й у I групі.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті лікування у 20 (83,3 %) хворих I групи спостерігалось незначне зменшення набряків та у 4 (16,7 %) пацієнтів — відсутність ефекту від терапії (рис. 1). У II групі спостерігалось значне зменшення набряків у 19 (79,2 %) хворих та поступове зникнення їх у 5 (20,8 %) осіб (рис. 2).

Згідно з літературними даними, при гіпонатріємії слід зробити перерву в лікуванні сечогінними лікарськими засобами та вводити хворим солі натрію і хлору, і тільки після відновлення нормального вмісту електролітів у крові знову проводити активну діуретичну терапію, змінивши за необхідності дози діуретиків. Однак у наше дослідження були залучені хворі з вираженою СН (II Б–III ст.) та гіпонатріємією розведення, коли зниження рівня натрію у плазмі свідчить про переважання води в позаклітинному просторі. У такій ситуації вводять солі калію, а не натрію або ж корекції не потрібно.

Також при гіпопротейнемії рекомендують вводити в/в альбумін, свіжозаморожену або нативну плазму, проводити ізольовану ультрафільтрацію крові; при вираженій гіпоксемії — гіпербаричну оксигенацію, довготривалу інгаляційну поточну кисневу терапію [5–8]. Але ці методи лікування є менш доступними, ніж запропонована схема лікування РН (II група). Також поступається запропонованому методу лікування РН і в/в введення маніту, що значно знижує проксимальну реабсорбцію натрію та води. Однак це

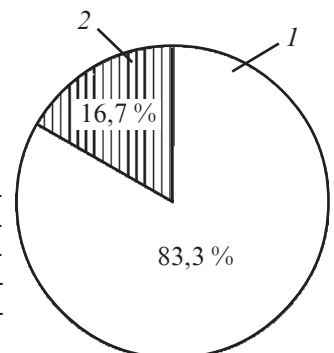


Рис. 1. Ефективність лікування хворих з рефрактерними набряками I групи: 1 — незначне зменшення набряків; 2 — відсутність ефекту

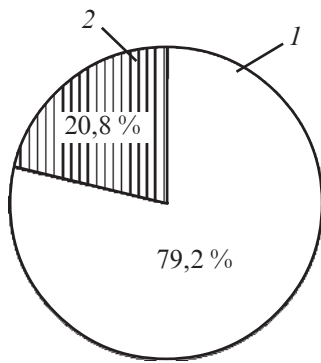


Рис. 2. Ефективність лікування хворих з рефрактерними набряками II групи: 1 — значне зменшення набряків; 2 — зникнення набряків

може бути небезпечно через посилення гіперволемії, що може викликати перевантаження ослабленого міокарда, крім того, при СН збільшення об'єму циркулюючої крові, що спостерігається під час першої фази дії осмотичних діуретиків, може призвести до розвитку гострої лівошлункової недостатності та набряку легень [5; 7; 9].

Таким чином, проведено дослідження виявило найбільш ефективну схему лікування: в/в крапельна інфузія фуросеміду з еуфіліном і верошпірон перорально, що дає кращі результати лікування хворих на СН II Б–III ст. III–IV ФК з РН та є при цьому малоінвазивною й економічно доступною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Катеренчук І. П. Серцево-судинний континуум — фактори ризику та ендотеліальна дисфункція / І. П. Катеренчук // Практична ангіологія. — 2008. — № 5 (16). — С. 47-52.
2. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І. М. Горбась // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2. — С. 13-18.
3. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України // Український медичний часопис. — 2008. — № 5 (67). — С. 83-87.
4. Оновлені рекомендації щодо попередження серцево-судинних захворювань у жінок // Медичні аспекти здоров'я жінки. Спец. випуск. — 2008. — № 3 (1). — С. 25-30.
5. Огороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 3, кн. 1. Лечение болезней сердца и сосудов / А. Н. Огороков. — М.: Мед. лит., 2004. — С. 308-355.
6. Тополянский А. В. Кардиология / А. В. Тополянский. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 340-348.
7. Давыдович О. В. Клиническая фармакология и фармакотерапия в кардиологии / О. В. Давыдович, Н. Я. Давыдович. — Тернополь: Підручники та посібники, 2007. — С. 190-204.
8. Бертрам Г. Катцунг. Базисная и клиническая фармакология. В 2-х т. Т. 1 / Бертрам Г. Катцунг; пер. с англ. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.; СПб.: Диалект, 2007. — С. 294-313.
9. Чазов В. И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / В. И. Чазов, Ю. Н. Беленков. — М.: Литтера, 2005. — С. 100-111, 412-430.

УДК 612.171.7-053.2:616.12-089-039.76

Р. Й. Лекан, канд. мед. наук, доц.,
К. О. Лосєва, канд. мед. наук

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПОВНОЇ КОРЕКЦІЇ АТРЕЗІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ З ДЕФЕКТОМ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

Національний інститут серцево-судинної хірургії АМН України
ім. М. М. Амосова, Київ, Україна,
Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 612.171.7-053.2:616.12-089-039.76

Р. И. Лекан, Е. А. Лосева

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛНОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Національний інститут серцево-судинної хірургії АМН України
ім. Н. М. Амосова, Київ, Україна,
Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

Представлены отдаленные результаты полной коррекции сложного врожденного порока сердца, атрезии легочной артерии (АЛА) с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), выполненной у 82 больных за период с 1982 по 2006 гг. в Национальном ИССХ им. Н. М. Амосова АМНУ. Прослежены результаты у 60 (92,3 %) больных в сроки от 0,5 до 15,9 лет (в среднем $9,5 \pm 3,9$). За время наблюдения поздняя летальность составила 5 %. Причинами летальных исходов были: инфекционный эндокардит, замена кондуита после повторной операции, острое нарушение мозгового кровообращения. Состояние пациентов оценивали согласно функциональным классам (ФК) NYHA соответственно типу АЛА-ДМЖП. Анализ показал, что у 70 % больных после ПК АЛА-ДМЖП наблюдаются хорошие отдаленные результаты и улучшение функционального состояния.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки, полная коррекция, отдаленные результаты.