

**ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**
Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

ghaymenova@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з ураженням генетичних, вікових і гендерних аспектів». № держреєстрації 0118 У 004461.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороба XXI століття. На ХОЗЛ страждає 210 мільйонів осіб у всьому світі, і щороку від цієї хвороби помирає 3 млн. людей. На відміну від багатьох інших захворювань, смертність від ХОЗЛ не тільки зменшується, але, навпаки, зростає [1]. За невісного прогнозу ВООЗ, ХОЗЛ до 2020 займатиме 5 місце по захворюваності й 3 місце в структурі смертності серед хвороб, пропустивши вперед тільки ішемічну хворобу серця (ІХС), цереброваскулярні захворювання, нещасні випадки і депресії [2].

Враховуючи спільні фактори ризику та патогенетичні механізми розвитку ХОЗЛ і ІХС все частіше приділяється увага використанню статинів в комплексному лікуванні ХОЗЛ [3]. Дана група препаратів крім головної – ліпідознижуючої дії, має плейотропну (протизапальну, імуномодельюючу, антиоксидантну) дію, впливаючи не тільки на стан судинної стінки, але й на перебіг захворювань бронхолегеневої системи [4].

Метою нашого дослідження стало дослідити клінічну ефективність використання розувастатину в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Об'єкт і методи дослідження. Було обстежено 60 хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія напруги ФК I-II) віком від 51 до 67 років (середній вік склав 57,03±3,51 років), які перебували в пульмонологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та терапевтичному відділенні Полтавської центральної районної клінічної лікарні. Діагноз ХОЗЛ встановлювався відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 27.06.13 зі змінами від 16.04.2014 № 270 [5]. Діагноз ІХС був верифікований на підставі Наказу МОЗ України від 03.07.2006 № 436 [6].

Відповідно до поставленої мети дослідження, всі хворі були розділені на дві групи. Пацієнти основної групи (n=30) отримували протокольну терапію ХОЗЛ та ІХС включаючи 10 мг розувастатину. Пацієнти контрольної групи (n=30) не приймали розувастатин.

Обстеження хворих проводилось до початку та через 12 тижнів після лікування і включало в себе оцінку респіраторних симптомів захворювання в балах від 0 (відсутність симптомів) до 3 (значно ви-

ражені симптоми). Ступінь вираженості задишки оцінювали за модифікованою шкалою задишки MRC (Medical Research Council Dyspnoea Scale). Толерантність до фізичного навантаження визначали за допомогою 6-ти хвилинного тесту (6MWD) [7]. Визначали рівень ЗХ, ТГ, ЛПНЩ, ЛПВЩ. Визначали функцію зовнішнього дихання, аналізу підлягали: об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), ОФВ₁/ФЖЕЛ (форсована життєва ємність легенів) – індекс Генслара (ІГ) [8].

Середню частоту загострень протягом останнього року оцінювали за рахунок ретроспективного вивчення анамнезу.

Результати отриманих досліджень були оброблені на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS для Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп відмічалося покращення клінічного стану за рахунок зменшення інтенсивності вираженості респіраторних симптомів захворювання (табл. 1).

Таблиця 1.

Клініко-інструментальні показники у хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС I-II ФК

Показники	I група (основна)		II (контрольна)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Кашель (бали)	2,2±0,13	1,75±0,05*#	2,3±0,13	1,9±0,06*
Харкотиння (бали)	2,32±0,17	1,61±0,06*#	2,4±0,16	1,78±0,07*
MRC	2,33±0,12	1,83±0,10*	2,27±0,11	1,82±0,10*
6MWD (м)	411,47±20,57	467,17±19,35*	409,20±20,46	453,47±18,58
ОФВ ₁ , %	56,23±3,01	65,57±3,27*	55,51±2,98	62,8±3,02
ІГ	62,7±3,76	72,1±3,61*	63,33±3,8	70,26±3,51

Примітка: *(p<0,05- p<0,001) достовірна різниця показників в динаміці лікування; # (p<0,05) достовірна різниця показників між групами після лікування.

Однак, у пацієнтів основної групи мало місце достовірно значиме зменшення інтенсивності кашлю та кількості харкотиння, ніж у пацієнтів контрольної групи (p<0,05). Також після проведеного лікування у пацієнтів спостерігали підвищення толерантності до фізичного навантаження, але у пацієнтів II групи вона не носила суттєвий характер, тоді як у пацієнтів I групи пройдена відстань була достовірно більшою (p<0,05). Слід відзначити, що у пацієнтів основної групи після лікування мало місце достовірне зменшення бронхообструкції, за рахунок підвищення ОФВ₁, ІГ (p<0,05).

Аналізуючи показники ліпідного спектру крові хворих основної та контрольної групи до і після лікування була відмічена суттєва різниця. Так після проведеного лікування в пацієнтів основної групи, як видно у таблиці 2, мало місце достовірне зниження рівнів в крові ЗХ, ТГ, ЛПНЩ, а також підвищення ЛПВЩ (p<0,05).

Таблиця 2.

Показники ліпідограми у хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС I-II ФК

Показники ліпідограми	I група (основна)		II група (контрольна)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЗХ	5,88±0,35	4,20±0,25*#	5,77±0,35	5,75±0,35
ТГ	2,17±0,11	1,68±0,08*#	2,14±0,11	2,16±0,08
ЛПНЩ	3,38±0,20	2,43±0,15*#	3,25±0,20	3,23±0,19
ЛПВЩ	0,95±0,05	1,16±0,06*	1,06±0,05	1,05±0,05

Примітка: *(p<0,05) достовірна різниця показників в динаміці лікування; # (p<0,05) достовірна різниця показників між групами після лікування.

Ретроспективне вивчення анамнезу показало, що частота загострень протягом останнього року спостерігалась від 1 до 2 разів на рік (1,6±0,48).

Висновки. Частота загострень ХОЗЛ у хворих з поєднаною патологією при застосуванні статинів значно зменшується, що сприяє підвищенню якості життя пацієнтів.

Включення розувастатину до комплексного лікування хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС дозволяє зменшити та стабілізувати основні клінічні прояви цієї констеляції захворювань за рахунок плейотропної дії.

Перспективи подальшого дослідження. В подальшому планується більш детальне вивчення

анамнезу показників бронхообструкції у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС при тривалому застосуванні розувастатину.

Література

1. Kulynych-Miskiv MO, Ostrovskiy MM. Patohenetychni mekhanizmy stanovlennia i prohresuvannia khronichnoho obstruktyvnoho zakhvoriuvannia lehen. Halytskyi likarskyi visnyk. 2010;2:147-52. [in Ukrainian].
2. Yachnyk AI, Svintsytskyi AS. Khronichne obstruktyvne zakhvoriuvannia lehen ta ishemichna khvoroba sertsia: paraleli i perekhrestia komorbidnosti. Ukrainskyi pulmonologichnyi zhurnal. 2014;4:38-42. [in Ukrainian].
3. Jerwood S, Cohen J. Unexpected antimicrobial effect of statins. J. Antimicrob Chemother. 2014;61(12):362-4.
4. Samorukova EY, Zadyonchenko VS, Adasheva TV. Pleiotropne effektu rozuvastatyna u bolnykh khronicheskoi obstruktyvnoi bolezniu lehykh. Lechashchyy vrach. 2013;7:103-7. [in Russian].
5. Nakaz MOZ Ukrainy vid 27.06.2013 № 555 (zi zminamy nakaz vid 16.04.2014 № 270) «Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry khronichnomu obstruktyvnomu zakhvoriuvanni lehen». [in Ukrainian].
6. Protokol nadannia medychnoi dopomohy khvorym iz IKHs: stabilnoiu stenokardiiu. Nakaz MOZ Ukrainy vid 03.07.2006 № 436. [in Ukrainian].
7. Zhdan V, Khaimenova G, Shilkina L, Potyazhenko M, Martynuk D, Kiriyan E. Modernization of therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease. Clinical Practice (Therapy), London, United Kingdom. 2016;13(3):63-6.
8. Khaimenova HS. Suchasni metody terapii poiednannoi patolohii. Materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Medychna nauka v praktyku okhorony zdorov'ia». Poltava, 20 lystopada 2015:32-3. [in Ukrainian].

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Ждан В. М., Хайменова Г. С., Бабаніна М. Ю., Волченко Г. В., Ткаченко М. В.

Резюме. У комплексному лікуванні хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) все частіше приділяється увага плейотропному ефекту статинів.

Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп відзначалося поліпшення клінічного стану за рахунок зменшення інтенсивності вираженості респіраторних симптомів захворювання, а також збільшення толерантності до фізичного навантаження і поліпшення лабораторно-інструментальних показників. Однак у пацієнтів основної групи мало місце більш вірогідно значиме зменшення інтенсивності кашлю і кількості мокротиння, ніж у пацієнтів контрольної групи.

Слід зазначити, що у пацієнтів основної групи після лікування мало місце достовірне зменшення бронхообструкції. Також мало місце достовірне зниження рівнів в сироватці крові загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), а також підвищення ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) (p < 0,05).

Включення розувастатину в схему лікування дозволяє зменшити і стабілізувати основні клінічні прояви цієї коморбідної патології, підвищити якість життя.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, розувастатин, плейотропна дія.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ждан В. Н., Хайменова Г. С., Бабанина М. Ю., Волченко Г. В., Ткаченко М. В.

Резюме. В комплексном лечении хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) все чаще уделяется внимание плейотропному эффекту статинов.

После проведенного лечения у пациентов обеих групп отмечалось улучшение клинического состояния за счет уменьшения интенсивности выраженности респираторных симптомов заболевания, а также увеличение толерантности к физической нагрузке и улучшение лабораторно-инструментальных показателей. Однако у пациентов основной группы имело место более достоверно значимое уменьшение интенсивности кашля и количества мокроты, чем у пациентов контрольной группы.

Следует отметить, что у пациентов основной группы после лечения имело место достоверное уменьшение бронхообструкции, за счет повышения объема форсированного выдоха за первую секунду (p < 0,05).

Включение розувастатина в схему лечения позволяет уменьшить и стабилизировать основные клинические проявления этой коморбидности заболеваний, повысить качество жизни.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, розувастатин, плейотропное действие.

FEATURES OF LIPID BLOOD PROFILE INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Zhdan V. M., Khaimenova H. S., Babanina M. Yu., Volchenko G. V., Tkachenko M. V.

Abstract. In the complex treatment of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) in combination with coronary heart disease (CHD), the pleiotropic effects of statins are increasingly being considered.

The aim of our studies was to determine the effectiveness of rosuvastatin in the complex treatment of COPD in combination with CHD.

On the basis of pulmonology department of the Poltava Regional Clinical Hospital M.V. Sklifosovsky examined 60 patients with COPD in combination with CHD aged 51 to 67 years (mean age was $57,03 \pm 3,51$ years). Patients were divided into two age groups that were comparable in age.

Patients were examined before and after 12 weeks of treatment, including assessment of respiratory symptoms of the disease, degree of dyspnoea. Tolerance to exercise was studied using a test with a 6-minute walk. The level of lipidogram indices, function of external respiration.

After the treatment, patients of both groups experienced improvement in clinical status due to a decrease in the intensity of respiratory symptoms of the disease: cough, sputum, dyspnea, and increased exercise tolerance and improved laboratory and instrumental indices.

However, in the patients of the main group, there was a more significantly significant decrease in the intensity of cough and sputum than in the control group.

It should be noted that in the patients of the main group after treatment there was a significant decrease in bronchial obstruction, due to an increase in volume of forced exhalation for the first second ($p < 0,05$). There was also a significant decrease in blood levels of total cholesterol, triglycerides ($p < 0,05$).

A retrospective study of the anamnesis showed that the frequency of exacerbations during the last year was observed 1 to 2 times a year ($1,6 \pm 0,48$).

The inclusion of rosuvastatin in the treatment regimen allows to reduce and stabilize the main clinical manifestations of this constellation of diseases, to improve the quality of life.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, rosuvastatin, pleiotropic action.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 21.09.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-75-78

УДК 616.72 – 002 – 08 + 616.12.14

Ждан В. М., Хайменова Г. С., Шилкіна Л. М., Мартинюк Д. І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРИТУ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

ghaymenova@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів». № держреєстрації 0118 У 004461.

Вступ. Лікування остеоартриту (ОА) у осіб з метаболічним синдромом являє собою складну задачу. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), широко використовувані в подібних випадках, внаслідок пригнічення синтезу судинорозширювальних простагландинів нерідко викликають дестабілізацію хворого з артеріальною гіпертонією і розвиток гіпертонічних кризів. У зв'язку з цим ведеться пошук засобів лікування ОА, альтернативних НПЗП [1].

На сьогодні основною патогенетичною ланкою розвитку ОА як і атеросклерозу є хронічне запалення, в основі якого лежать активізація прозапальних медіаторів та порушення холестеринового обміну [2].

Статини виявляють плейотропні ефекти, що полягають у зниженні активності медіаторів запалення

і проатерогенних медіаторів: інгібітора активатора плазміногену 1-го типу, білка-хемоаттрактанта моноцитів (MCP-1), інтерлейкіну-8, CD 40L, тканинного фактора, зниження міграції та проліферації гладких м'язових клітин; антиоксидантні властивості (зниження здатності до окислення фосфоліпідів і холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ); поліпшення функції ендотелію (посилення залежною від ендотелію вазодилатації і синтезу NO); імуномодуючі властивості (збільшення кількості Т-лімфоцитів); зниження вироблення фактора некрозу пухлини; підвищення мінералізації кістки [3]; підвищенні стабільності атеросклеротичних бляшок, зниження окисного стресу і запалення, зменшення тромбоутворення, що приводить до поліпшення функції ендотелію. Крім того, доведено позитивні ефекти статинів на функцію нирок, центральної нервової системи, у тому числі за рахунок зниження експресії прозапальних нейропептидів в гангліях нейронів [4].

Широке застосування статинів при лікуванні дисліпідемії у хворих з метаболічним синдромом ви-