

УДК: 616-08-0.31.81-616.1

Р.О. ОМАРОВА, Е.Ш. КУШЕРБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
Каззахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Тиреоидная дисфункция вносит вклад в развитие и прогрессирование процессов атерогенеза. Наше исследование показало, что коморбидное состояние «ИБС+гипотиреоз+дислипидемия», требует комплексного лечения, и розувастатин обладает независимым противовоспалительным у данных больных.

Ключевые слова: гипотиреоз, ИБС, дислипидемия, розувастатин, конкор.

Во всем мире отмечается большая распространенность ССЗ, и в первую очередь ИБС, в настоящее время у пациентов, особенно в старших возрастных группах, нередко встречается сочетанная тиреоидная и кардиальная патология, что порой затрудняет диагностику и часто становится причиной назначения неадекватного лечения. У больных ИБС часто отмечаются субклинические нарушения функции щитовидной железы (15,3 %). При этом субклинический ГП был установлен у 15,8 % женщин и у 6,7 % мужчин [1,2].

Сегодня особенно важно оценить вклад так называемой минимальной тиреоидной дисфункции в развитие и прогрессирование процессов атерогенеза. В ряде популяционных исследований было показано, что субклинический гипотиреоз сопровождается атерогенными изменениями липидного спектра крови. По результатам Роттердамского исследования при субклиническом гипотиреоз у пожилых женщин риск развития атеросклероза аорты увеличивается в 1,7 раз, а ИМ - в 2,3 раза. Авторы этого исследования сделали вывод о том, что субклинический гипотиреоз является существенным и независимым фактором риска развития ИБС и ИМ у пожилых женщин [3,4].

Цель исследования: оценить эффективность комбинированной терапии конкора с эутироксом и комбинация конкора с эутироксом и розувастатином с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования АД (ХМЭКГ+СМАД) у больных с коморбидным состоянием «ИБС+субклинический гипотиреоз+дислипидемия».

Материал и методы. В исследование включены 38 больных с ИБС, стенокардией напряжения, субклиническим гипотиреозом и дислипидемией. Для оценки степени коронарного резерва использовали, ХМЭКГ+СМАД.

Результаты. Приступ стенокардии при проведении имел место у 11 больных из 38 (28,9%). Стенокардия во всех случаях сопровождалась депрессией сегмента ST, при физическом усилии. Кроме того, в 7 (18,42%) случаях отмечена стенокардия с депрессией сегмента ST, которые купировались через 15-20 минут, у 4 (10,5%) больных приступ стенокардии был единственным критерием прекращения нагрузки. Среднее систолическое АД в течении суток у больных составляло 130,2+1,8 мм рт.ст., диастолическое АД - 78,4+1,5 мм рт.ст.

У 29 больных (76,3%) наиболее часто депрессия сегмента ST была в отведениях V3, V4, V5, что видимо, связано с частыми поражениями передней межжелудочковой ветви. У 9 (23,7%) больных депрессия сегмента ST была выявлена в отведениях III, aVF, отражающих состояние задней стенки левого желудочка. Эпизоды безболевой ишемии миокарда 68,3 встречались чаще, чем эпизоды болевой ишемии миокарда 31,8, ишемия миокарда чаще всего возникла во время сна 71,3, чем в период бодрствования 28,7. Несмотря на то, что средняя глубина депрессии сегмента ST была одинакова, как при болевой и безболевой ишемии миокарда, все же максимальная глубина депрессии сегмента ST при болевой ишемии миокарда больше 58,4, чем при безболевой ишемии миокарда 41,6. Суммарная и средняя продолжительность безболевой ишемии миокарда в два раза дольше, чем при болевой ишемии миокарда.

Все больные произвольно были разделены на 2 группы, 1-ая группа получала комбинацию «конкор+эутирокс», 2-ая – «конкор+эутирокс+розувастатин».

В 1-ой группе на фоне терапии количество эпизодов безболевой ишемии миокарда уменьшилось на 13,7%, а количество эпизодов болевой ишемии миокарда на 11,12%. Средняя и максимальная глубина депрессии сегмента ST, средняя и суммарная продолжительность депрессии сегмента ST уменьшалась одинаково как при болевой, так и безболевой ишемии миокарда.

Во 2-ой группе на фоне терапии количество эпизодов безболевой ишемии миокарда уменьшилось на 15,2%, а количество эпизодов болевой ишемии миокарда на 13,7%. Средняя и максимальная глубина депрессии сегмента ST, уменьшалась одинаково как и у больных в 1-ой группе.

В динамике, во второй группе, на фоне лечения количество эпизодов безболевой ишемии миокарда было меньше на 9,9%, по сравнению с 1-ой группой, а количество эпизодов болевой ишемии миокарда – на 18,8%.

Таким образом, наше исследование показало, что коморбидное состояние «ИБС+субклинический гипотиреоз+дислипидемия», требует комплексного лечения, с назначением «конкора+эутирокса+розувастатина».

Розувастатин обладает независимым противовоспалительным у больных с коморбидным состоянием «ИБС + субклинический гипотиреоз + дислипидемия».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Волошиновский С. И. Методы немедикаментозной коррекции дисфункции щитовидной железы у больных ишемической болезнью сердца / С. И. Волошиновский, О. Г. Макар // Фитотерапия. - 2007. - № 3. - С. 53-55.
- 2 Заремба Е. Х. Особенности течения стенокардии в сочетании с дисфункцией щитовидной железы / Е. Х. Заремба, О. Г. Макар // Материалы третьей международной научно-практической конференции «Развитие научных исследований 2007», Полтава. - 2007. - С. 35-36.
- 3 Макар А. Г. Клинические особенности течения ИБС на фоне дисфункции щитовидной железы / О. Г. Макар, М. Садох // Материалы X Национального конгресса кардиологов Украины, г. Киев. - Украинский кардиологический журнал. - 2009, приложение 1. - С. 209-210.
- 4 Панченкова Л.А., Юркова Т.Е., Шелковникова М.О., Мартынов А.И. Физическая работоспособность больных ишемической болезнью сердца с субклинической дисфункцией щитовидной железы. // Российский кардиологический журнал. - №2. - 2003.

Р.О. ОМАРОВА, Е.Ш. КУШЕРБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
ЖҰРЕКТІҢ ИШЕМИЯ АУРУЫНЫҢ ҚҰРАМА ТЕРАПИЯСЫ АРА ТІРКЕС МЕН ГИПОТИРЕОЗ ЖӘНЕ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Түйін: Тиреод дисфункция үлесті даму және атерогенез үдерісінің озықтығына енеді. Біздің зертте-көргізді, не «ИБС + гипотиреоз + дислипидемия», кешенді терапия сұрайды, қарамастан және розувастатин бас айтылмыш аурулардың тәуелсіз ишемияға қарсы ие болады.

Түйінді сөздер: гипотиреоз, ИБС, дислипидемия, розувастатин, конкор.

R.O. OMAROVA, E.SH. KUSHERBAEVA, ZH.M. NURMANANOVA, G.G. BEDELBAEVA
COMBINATION THERAPY CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH HYPOTHYROIDISM, AND DYSLIPIDEMIA

Resume: Thyroid dysfunction contributes to the development and progression of atherosclerosis process. Our study showed that comorbid condition «CHD + subclinical hypothyroidism + dyslipidemia», requires complex treatment, and rosuvastatin has an independent antiischemic in these patients.

Keywords: hypothyroidism, CHD, dyslipidemia, rosuvastatin, concor.

УДК: 616-06-616.071

А.А. РАХЫШЕВА, Б.Е. ЕРДАШ, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ТРУДНОСТИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Оценивая вклад каждого из коморбидных состояний (ИБС и ХОБЛ) в краткосрочный и отдаленный клинические исходы, исследователи пришли к заключению - дисфункция миокарда не только является важным предиктором повышения риска смерти в когорте пациентов с ХОБЛ, но имеет самостоятельное значение как фактор риска кардиоваскулярных осложнений.

Ключевые слова: ИБС, ХОБЛ.

Согласно данным Агентства по статистике РК, в 2011 году зарегистрировано 2284,3 случаев болезней системы кровообращения (БСК) на 100 тысяч населения. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в последнее десятилетие стойко занимает одно из ведущих мест в структуре обращаемости и смертности при БСК. Течение болезни, лечебные и профилактические программы в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых протекает ИБС. ИБС и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями, 62% больных ХОБЛ старших возрастных групп имеют ИБС (Карпов Р.С, Дудко В.А., 2004; Чучалин А.Г., 2008).

При курации пациентов с коморбидной патологией перед врачом в клинической практике всегда встают вопросы диагностики и лечения данного состояния.

Снижение ОФВ1 на 10% увеличивает вероятность смертельного исхода у больного с сочетанной патологией ИБС на 14% (Чучалин А.Г., 2008). У пациентов с ХОБЛ на 26% чаще развивается ИМ, а в 34% случаев выявляется сопутствующая ИБС (Danish Nationwide Study, 2011). Пациенты с ХОБЛ наиболее часто погибали не от респираторных заболеваний, а от кардиоваскулярных причин около 25% случаев (Бугаенко В.В., 2012).

ИБС и ХОБЛ достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями, 62% больных ХОБЛ старших возрастных групп имеют ИБС. (Карпов Р.С, Дудко В.А., 2004; Чучалин А.Г., 2008).

Актуальность коморбидной патологии определяется:

- Единими факторами риска (курение!);
 - Возрастными морфо-функциональными изменениями органов дыхания и ССС.
 - Сложностью диагностики «одно заболевание или два», «конкурирующее или сопутствующее».
 - Стертостью и не специфичностью проявлений болезней у пожилых – ББИМ при ХОБЛ.
 - Трудностью при выборе рациональной терапии.
 - Нередким развитием осложнений как вследствие заболеваний, так и вследствие медикаментозной терапии.
- Клиническое значение ассоциированной сердечно-сосудистой патологии при ХОБЛ заключается в следующем:
- Патогенетические взаимосвязи (пульмогенная гипертония).

- Синдром взаимного отягощения.
 - Особенности клинического течения.
 - Трудности диагностики.
 - Проблемы ведения больных.
 - Особенности медикаментозной терапии (побочные эффекты, лекарственные взаимодействия и др.).
- Таким образом, сочетание ХОБЛ и ИБС является прогностически неблагоприятным вследствие взаимного патогенетического отягощения течения заболеваний и раннего развития хронического легочного сердца.
- Диагностика ИБС у больных ХОБЛ затруднена. Нагрузочные тесты ЭКГ, скintiграфия миокарда, ХМЭКГ, ЭХОКГ не обладают у этих больных достаточным уровнем специфичности и чувствительности в диагностике ишемии миокарда (Синопальников А.И., 1989; Чернецов В.А., 2000).
- ХОБЛ увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний и это обусловлено следующим (Бугаенко В.В., 2007):
- изменение вентиляции - ведет к гипоксии; есть предположение, что первопричиной гипоксии является редукция капиллярного русла;
 - у этой категории пациентов наблюдается нарушение реологических свойств крови – развивается гиперкоагуляция;
 - у этих пациентов развивается легочная гипертония, которая ведет к увеличению размеров левого предсердия и правого желудочка – к развитию диастолической дисфункции сердца.
- Несмотря на достаточную изученность ХОБЛ и ИБС - сочетание этих заболеваний изучено недостаточно (Rutten F.H. et al., 2005; Le Jemtel T.H. et al., 2007). Диастолическая дисфункция ЛЖ впоследствии приводит к развитию диастолической сердечной недостаточности, основным проявлением которой, как известно, является одышка. Клинически сложный вопрос - это определение различий между сердечной и легочной одышкой (Rennard S., 2005). Поэтому, точная диагностика стадии диастолической дисфункции ЛЖ является необходимой в обследовании пациентов с ХОБЛ и при сочетании с ИБС. Частое возрастное сочетание ИБС и ХОБЛ не позволяет использовать традиционные критерии нормы и диастолической дисфункции левого желудочка в этой группе больных, а следовательно, сделать выводы об истинной дисфункции левых отделов сердца у больных с ХОБЛ и у больных с ХОБЛ и ИБС (Vizza C.D. et