



УДК 616.12-005.4-0,53+161.366.002-053:6.15.014.425



Т.А. Трибрат, З.О. Борисова, С.В. Шуть, Н.М. Сівкова

Клінічна та гемодинамічна ефективність кверцетину у хворих на ішемічну хворобу серця із супутнім хронічним безкам'яним холециститом похилого та старечого віку

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава
ДЗ «Відділкова клінічна лікарня
на станції Полтава» СТГО «Південна залізниця»

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічний холецистит, кверцетин.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Її поширеність має сьогодні глобальний характер: згідно з даними ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі щороку помирає 17 млн пацієнтів [3, 8].

В Україні 34% хворих мають один фактор ризику розвитку ІХС, 28,2% — два, 22,6% — три і більше. Найбільший вклад у рівень смертності від ішемічної хвороби та судинних уражень головного мозку вносять такі фактори, як систолічний артеріальний тиск (50%) і куріння (48%), дещо менше значення мають діастолічний артеріальний тиск (31%), рівень холестерину і ліпопротеїдів низької щільності (відповідно 21 і 32%) [2, 8].

Останніми роками отримано принципово нові дані про механізми розвитку і прогресування коронарного атеросклерозу, що змінило концепцію патогенезу атеросклерозу. У численних дослідженнях встановлено, що атеросклеротичний процес, який маніфестує ІХС, супроводжується метаболічними і трофічними порушеннями різних органів та систем [2, 8].

Особлива роль у формуванні та прогресуванні атеросклерозу належить функціональному стану гепатобіліарної системи. Одним із перспективних препаратів є вітчизняний препарат інгібітор лейкотрієнів—кверцетин [4, 6, 7].

Мета дослідження — вивчення ефективності кверцетину в комплексній терапії в амбулаторних умовах у хворих на стабільну стенокардію напруження в поєднанні із хронічним безкам'яним холециститом похилого та старечого віку.

Матеріали та методи

В амбулаторних умовах обстежено 57 хворих на ІХС віком від 60 до 81 року (у середньому $(64,6 \pm 1,9)$ року) зі стабільною стенокардією напруження в поєднанні із хронічним безкам'яним холециститом. Серед них було 34 чоловіки і 23 жінки (пенсіонери-залізничники).

За функціональним класом (ФК) хворі розподілилися так: I ФК — 5 осіб, II ФК — 35, III ФК — 17. Постінфарктний кардіосклероз був у 17 хворих, порушення ритму та провідності — у 35, зокрема у 7 — екстрасистоля, у 23 — порушення внутрішньошлуночкової провідності.

У 30 хворих встановлено недостатність кровообігу (НК) I ст., у 25 — II а ст., у 2 — II б ст. Тривалість хронічного безкам'яного холециститу — понад 10 років.

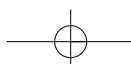
Пацієнти отримували базисну терапію (нітрати, жовчогінні, седативні засоби).

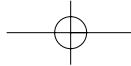
Хворим першої групи (27 осіб) на тлі базисної терапії додатково призначали кверцетин («Корвітин», «Борщагівський ХФЗ») по 2 гранули тричі на день протягом 3 тиж.

Друга (контрольна) група (30) отримувала традиційну терапію.

Обстеження хворих проводили до і після курсу лікування. Виконували електрокардіограму (ЕКГ), вивчали толерантність до фізичного навантаження на велоергометрі (ВЕМ). Стан центральної гемодинаміки оцінювали методом ехокардіографії (ЕХОКГ) в М-режимі у I стандартній позиції датчика на апараті «Philips-НДЗ». Вивчали такі показники: фракція викиду (ФВ), кінцеві систолічний (КСО) і діастолічний (КДО) об'єми лівого шлуночка, хвилинний (ХО) і ударний (УО) об'єми. Оцінку стану печінкового кровотоку проводили методом реографії. Об'ємну та диференціальну реограми записували на апараті «Реограф Р₄-02», реєструючий прилад «Елкар». Вивчали реографічний індекс (РІ, Ом), час (t) і швидкість (V_{\max}) систолічного кровонаповнення судин печінки.

Периферичну гемодинаміку вивчали за допомогою реовазографії голілки [1, 5]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Достовірність різниці між показниками основної та контрольної груп оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента при $p < 0,05$.





Таблиця 1

Зміни показників велоергометрії під впливом лікування

Показник	1-а група (n=22)		2-а група (n=20)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Потужність порогового навантаження	64,7±6,4	77,9±7,1*	71,7±8,1	73,8±9,2

Примітка. * — Достовірність різниці показників при $p < 0,05$.

Результати та їхнє обговорення

На тлі комплексної терапії з гранулами кверцетину нами виявлено достовірне зменшення нападів стенокардії з $3,64 \pm 0,36$ до $2,10 \pm 0,50$ на добу ($p < 0,05$) і зниження потреби в додатковому прийомі нітрогліцерину з 8–7 до 3–2 таблеток на добу. У контрольній групі — зменшення нападів стенокардії з $3,46 \pm 0,59$ до $2,30 \pm 0,60$ на добу ($p < 0,05$) і з 8–7 до 5–4 таблеток на добу.

Зменшення кількості нападів стенокардії відбувалося без зниження щоденної фізичної активності хворих, а в окремих випадках навіть на тлі збільшення її об'єму. На тлі прийому кверцетину частіше, ніж у контрольній групі, відмічали регресію клінічних ознак НК. Вплив кверцетину на порушення ритму серця та провідності не встановлено.

При проведенні ВЕМ встановлено, що на тлі лікування кверцетином достовірно збільшувалася потужність порогової напруги (табл. 1).

Достовірне зменшення кількості нападів стенокардії і зниження потреби в додатковому прийомі нітрогліцерину, підвищення толерантності до фізичного навантаження у хворих, у базисній терапії яких використовували кверцетин, вірогідно пов'язані з антиоксидантним ефектом, що позитивно позначилося на функціональній активності мембрано-зв'язуючих АТФазах та механізмах енергозабезпечення клітин, зокрема кардіоцітів [6].

Аналіз показників гемодинаміки у хворих, які отримували гранули кверцетину, свідчить про достовірне підвищення УО і ХО до кінця лікування. В контрольній групі ці показники змінювалися недостовірно (табл. 2). Позитивна динаміка показників центральної гемодинаміки, достовірна регресія клінічних проявів НК на тлі прийому гранул кверцетину дають підстави стверджувати про позитивний інотропний вплив препарату.

Дослідження регіональної печінкової гемодинаміки у хворих на ІХС із супутнім ХХ засвідчило зниження об'ємного печінкового кровотоку, збільшення часу (t) та уповільнення швидкості (V_{max}) кровонаповнення судин печінки, що є наслідком тривалої хронічної патології гепатобілярної системи і порушення механізмів внутрішньоорганного кровообігу.

Гепатограми хворих до лікування були представлені низькоамплітудними кривими з пологою висхідною частиною, що переходила в плато.

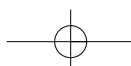
Катакrotична хвиля — полого зі слабковраженим дикротичним зубцем, що свідчить про підвищення тону судин печінки і про затруднений відтік крові з органа. Після курсу лікування відмічено позитивну динаміку змін: середні амплітудні правильні комплекси, висхідна частина підіймалася відносно круто, збільшилася амплітуда катакrotичної хвилі.

Таблиця 2

Зміни показників центральної гемодинаміки до і після лікування ($M \pm m$)

Показник	1-а група (n=27)		2-а група (n=30)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
КСО, см ³	62,73±3,57	64,3±5,09*	60,40±4,1	61,75±3,77
КДО, см ³	129,11±6,94	125,14±7,00*	117,83±7,28	124,33±7,13
ФВ %	36,18±2,14	41,13±2,00*	35,66±1,87	39,11±3,10
ХО, мл	3,87±0,25	4,20±0,27*	3,45±16	4,02±0,25
УО, л/хв	58,64±4,36	68,82±4,73*	59,29±4,22	63,13±3,85

Примітка. * — Достовірність різниці показників при $p < 0,05$.





Поліпшення показників центральної гемодинаміки сприяло нормалізації магістрального і регіонального кровообігу, про що свідчило збільшення реографічного індексу (PI) в 1,25 разу (до лікування — 5,4 Ом, після — 6,75 Ом, $p < 0,05$), скорочення часу максимального систолічного ($p < 0,01$) і швидкого ($p < 0,01$) кровонаповнення судин печінки.

При аналізі реовазограм гомілок змін периферичної гемодинаміки в процесі лікування не виявлено.

При динамічному спостереженні за хворими встановлено, що для тривалої і стійкої ремісії необхідно проводити повторні курси лікування через 6 міс.

Висновки

1. Включення в комплексну терапію хворим з ішемічною хворобою серця із супутнім хронічним холециститом похилого та старечого віку кверцетину сприяє достовірному посиленню антиангінального ефекту і зменшенню проявів діастолічної і систолічної дисфункції лівого шлуночка.

2. Під впливом кверцетину відбувається швидша регресія клінічних ознак серцевої недостатності, особливо на ранніх стадіях ішемічного пошкодження серця, що пов'язано з блокадою або інгібуванням кверцетином ліпооксигеназного шляху метаболізму арахідонової кислоти.

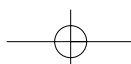
Література

1. Виноградова Т.С. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы. — М.: Медицина, 1986. — 416 с.
2. Гайдаєв Ю.О. Розробка і впровадження Державної програми профілактики та лікування серцево-судинної і судинно-мозкової патології // Укр. кардіол. журн. — 2007. — № 4. — С. 8–12.
3. Горбась І.М., Смирнова І.П. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України // Там само. — 2006. — Спец. вип. — С. 44–47.
4. Деніна Р.В. Оптимізація лікування інфаркту міокарда у хворих із серцевою недостатністю за допомогою інгібітора 5-ліпооксигенази кверцетину // Там само. — 2007. — № 5. — С. 155–156.
5. Доля Е.М., Садовой В.И., Сержантов С.А. Сравнительная характеристика различных методов исследования для диагностики стабильной стенокардии // Там само. — 2007. — № 5. — С. 170.
6. Дудка П.Ф., Лукасевич Л.М., Ктікарева В.І. та ін. Ефективність кверцетину у підвищенні енергетичного потенціалу міокарда при гострій серцевій недостатності // Там само. — 2007. — № 5. — С. 143.
7. Коваленко В.М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапність спеціалізованого лікування // Там само. — С. 8–11.
8. Максютіна Н.П., Пилипчук Л.Б. Перспективна лікарська форма розчинного кверцетину для лікування серцево-судинних захворювань // Тези доп. IV з'їзду кардіологів України. — 1993. — С. 10.

Т.А. Трибрат, З.А. Борисова, С.В. Шуть, Н.М. Сивкова

Клиническая и гемодинамическая эффективность кверцетина у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим хроническим бескаменным холециститом пожилого и старческого возраста

Использование в комплексной терапии гранул кверцетина способствует достоверному усилению антиангинального эффекта основного лечения, более быстрой регрессии клинических признаков сердечной недостаточности, особенно на ранних стадиях ишемического повреждения сердца, что связано с блокадой или ингибированием кверцетином липооксигеназного пути метаболизма арахидонової кислоти.





T.A. Tribrat, Z.O. Borisova, S.V. Shut, N.M. Sivkova

Clinical and hemodynamic efficacy of Quercetin in patients with ischemic heart disease associated with chronic acalculus cholecystitis of the elderly and senile age

The use of Quercetin granules in the complex therapy promotes the significant enhancement of the anti-anginal effect of the basic treatment, the quicker regression of the clinical signs of heart failure, particularly on the early stages of the ischemic heart injury. This is connected with the blockade and inhibition of the lipoxygenase pathway of the arachidonic acid metabolism with Quercetin.

