

3. Vaninov AS. [Malignant neoplasms as the highest priority medical and social problem of the health care system]. Bulletin of Science and Practice. 2019;5(11):120-30. Russian.

doi: <https://doi.org/10.33619/2414-2948/48/16>

4. Minakov SN. [Morbidity and mortality from cancer of the breast and female genital organs (cervix, uterine body, ovaries) in the Moscow region in 2015]. Malignant tumors. 2017;1:67-9. Russian.

doi: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2017-1-67-69>

5. Mirhamidova SM, Dinmuhammadiev NA. [Features of the prevalence of cancer]. Young scientist. 2016;20:84-7. Russian.

6. Ragimzade SE. [Breast cancer: epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis, prognosis]. International Medical Journal. 2017;23(2):60-4. Russian.

7. Ruden VV, Moskviak-Lesniak DYе, Hutor TH. [Scientific and methodological bases of formation of the

limit value of absolute risk in the possible occurrence / development of breast cancer (C50) in females]. Clinical and experimental pathology. 2014;8(3):142-9. Ukrainian.

8. Savenkov OYu, Romanukha KH, Khomenko AV. [Improving the tactics of surgical treatment of early forms of breast cancer in women to prevent the development of secondary lymphedema]. Bulletin of problems of biology and medicine. 2020;1(155):200-3. Ukrainian.

doi: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2020-1-155-200-203>

9. Francuzova IS. [Analysis of risk factors for breast cancer]. International Research Journal. 2019;3(81):68-74. Russian.

10. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Стаття надійшла до редакції
15.01.2021



УДК 616.12-005.4:616.24-007.272]-036.1-07-08

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234517>

В.А. Потабашиї,
О.В. Князева,
О.Я. Маркова

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

Дніпровський державний медичний університет

кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО

(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиї)

пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська область, 50056, Україна

Dnipro State Medical University

Department of Therapy, Cardiology and Family medicine of FPE

30-ty richchia Peremohy sq., 2, Kryvyi Rih, Dnipropetrovsk region, 50056, Ukraine

e-mail: kafterfpodma@i.ua

Цитування: *Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 2. С. 72-79*

Cited: *Medicni perspektivi. 2021;26(2):72-79*

Ключові слова: *ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень, коморбідність, прихильність до лікування, шкала Моріскі-Гріна*

Ключевые слова: *ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, коморбидность, приверженность к лечению, шкала Мориски-Грина*

Key words: *ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, comorbidity, adherence to treatment, Morisky Scale*

Реферат. Проблемы диагностики и лечения хронической ишемической болезни сердца в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких по данным ретроспективного анализа. Потабашний В.А., Князева Е.В., Маркова Е.Я. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) – распространенные заболевания, занимающие ведущие места в рейтинге Глобального бремени заболеваний (2019). ИБС и ХОЗЛ часто сочетаются, что создает трудности в диагностике и лечении пациентов в реальной клинической практике. Целью исследования было выявить проблемы в диагностике и лечении пациентов с сочетанием хронической ИБС с ХОЗЛ на основании ретроспективного анализа медицинской документации. Также была оценена приверженность пациентов к лечению на основании шкалы Мориски-Грина (ММАС-8). Проведен анализ медицинских карт стационарного больного 108 пациентов с сочетанием хронической ИБС и ХОЗЛ, находившихся на лечении в КП «Криворожская городская клиническая больница № 2» КМР. Было оценено качество диагностики и лечения ИБС в соответствии с приказом МЗ Украины № 152 от 02.03.2016 г., с учетом рекомендаций Европейского кардиологического общества 2019 года. Установлено, что анамнез курения собран у 23,1% пациентов, индекс массы тела (ИМТ) определен в 51,9%, ультразвуковое исследование сонных артерий проведено в 7,4% случаев. Уровень общего холестерина определен у 59,2% пациентов, а уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) – только у 43,5%. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) выполнена у 62,9% пациентов, но ни в одном случае не проведена стресс-ЭхоКГ и тесты с дозированной физической нагрузкой. Суточное мониторирование ЭКГ выполнено в 60,2% случаев. Определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) или его предшественника (NT-proBNP) для уточнения генеза одышки не проводилось. Также выявлено, что пациентам с сочетанием ИБС и ХОЗЛ редко назначаются бета-адреноблокаторы (29,6% пациентов), ивабрадин (11,1% пациентов) и статины (65,7% пациентов). В базисной терапии ХОЗЛ недостаточно использовались фиксированные комбинации бронходилататоров длительного действия. При этом приверженность пациентов к базисной терапии ИБС и ХОЗЛ является недостаточной – неприверженными к лечению оказались 45,4% пациентов, частично приверженны – 43,5%, и только 11,1% пациентов были приверженны к лечению.

Abstract. Problems of diagnosis and treatment of chronic ischaemic heart disease combined with chronic obstructive pulmonary disease according to retrospective analysis. Potabashnii V.A., Kniazieva O.V., Markova O.Ya. Ischaemic Heart Disease (IHD) and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are common diseases that rank highest in the Global Burden of Disease Study (2019). IHD and COPD are often combined, making diagnosis and treatment of patients difficult in actual clinical practice. The aim of the study was to identify problems in the diagnosis and treatment of patients with a combination of chronic IHD and COPD, based on a retrospective analysis of medical records. Patient's adherence to treatment was also assessed with the Morisky Scale (MMAS-8). The analysis of 108 inpatient charts with a combination of chronic IHD and COPD was carried out. The quality of diagnosis and treatment of IHD was evaluated in accordance with the order of the Ministry of Health of Ukraine N152 dated March 02 2016, considering the recommendations of the European Society of Cardiology (2019). It was found that smoking history was in 23.1% of patients, a body mass index (BMI) was calculated in 51.9%, and a carotid ultrasound examination was carried out in 7.4% of cases. The total cholesterol level was determined in 59.2% of patients, while the level of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) was determined in only 43.5%. Transthoracic echocardiography (TTE) was performed in 62.9 % of patients, but stress-echocardiography and exercise ECG were not performed. Daily ECG monitoring was performed in 60.2% of cases. The levels of brain natriuretic peptide (BNP) or N-terminal proBNP (NT-proBNP) were not determined to precise etiology of dyspnea. It was also found that beta-blockers (29.6% of patients), ivabradine (11.1% of patients) and statins (65.7% of patients) are seldom administered to patients with IHD and COPD. The targeted doses of these drugs are not reached. Fixed combinations of long-term bronchodilators were insufficiently used in therapy of COPD. However, patients' adherence to basic IHD and COPD therapy is weak. 45.4 % of patients were non-adherent to treatment, 43.5% were medium-adherent, and only 11.1% of patients were adherent to treatment.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає перше місце в рейтингу Глобального тягаря захворювань (2019) в осіб старше 50 років, а хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) знаходиться на 4-му місці в осіб 50-74 років та на 3-му місці в осіб 75 років і старше [14].

ІХС – одна з найпоширеніших хвороб серцево-судинної системи, на яку страждає майже 24% дорослого населення України, а в її структурі переважають хронічні форми [8, 9]. Хронічна ІХС часто поєднується з ХОЗЛ, що не є

стохастичним явищем, а розглядається в якості коморбідності перш за все за рахунок таких спільних факторів ризику, як куріння, вік, системне запалення [4, 7, 16].

В окремих дослідженнях зроблено акцент на тому, що пацієнти з поєднанням ІХС та ХОЗЛ мають більш тяжкий перебіг захворювання, гіршу якість життя, підвищений ризик розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН) та смерті, ніж пацієнти без ХОЗЛ [3, 12, 13]. У 2019 році експерти Європейського кардіологічного товариства

(ЄКТ) [18] до еквівалентів стенокардії віднесли задишку, котра є спільним симптомом з ХОЗЛ. Це потребує проведення ретельного диференційного діагнозу між задишкою серцевого і легеневого походження. Існують труднощі в оцінці ішемічних змін у міокарді за даними електрокардіографії (ЕКГ) в стані спокою та технічні помилки при реєстрації трансторакальної ехокардіографії (ЕхоКГ), що ускладнює своєчасну діагностику ІХС [12]. На жаль, на нинішній час відсутні міжнародні та національні керівництва з діагностики і лікування хронічної ІХС у поєднанні з ХОЗЛ. Навіть в останньому керівництві ЄКТ з хронічних коронарних синдромів (2019) відсутні рекомендації щодо діагностики та лікування ІХС на тлі ХОЗЛ. З іншого боку, в міжнародному керівництві GOLD (2020) [15] і національній настанові з ХОЗЛ (2020) [1] підкреслюється, що спостерігається гіподіагностика ІХС при поєднанні з ХОЗЛ.

У лікуванні пацієнтів із хронічною ІХС на тлі ХОЗЛ виникає низка проблем, пов'язаних з поліпрагмацією, необхідністю врахування взаємодії між призначеними препаратами, якістю життя та прихильністю пацієнтів до лікування [1, 3, 11]. В останній національній настанові з ХОЗЛ звертається увага на можливість застосування при поєднанні з ІХС в1-адреноблокаторів і застереження щодо призначення надвисоких доз в2-агоністів. На сьогодні доведена ефективність і безпечність довготривалого застосування інгаляційних холінолітиків пролонгованої дії в пацієнтів з ХОЗЛ [6].

Ефективність терапії значною мірою визначається прихильністю пацієнта до лікування. У системному огляді епідеміологічних досліджень із серцево-судинних захворювань показано, що рівень прихильності до лікування залежить від численних факторів, зокрема пов'язаних зі складністю схем лікування, кількістю призначених препаратів, що асоційовано з гіршими клінічними наслідками [10]. Тому суттєве значення має оцінка прихильності пацієнта до лікування. Одним із підходів для оцінки прихильності до лікування є валідована шкала Моріскі-Гріна (ММАС-8), яка має високий рівень чутливості [5, 17].

Мета дослідження – виявити проблеми в діагностиці та лікуванні пацієнтів з хронічною ІХС у поєднанні з ХОЗЛ на стаціонарному етапі медичної допомоги на підставі ретроспективного аналізу та оцінити прихильність пацієнтів до лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проводилось у відділеннях терапевтичного профілю КП «Криворізька міська

клінічна лікарня №2» Криворізької міської ради, яка є клінічною базою кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО Дніпровського державного медичного університету.

Критерії включення: хронічні форми ІХС – стенокардія напруги II-III функціонального класу, еквіваленти стенокардії (задишка, аритмія); перенесений інфаркт міокарда понад 6 місяців; серцева недостатність I-IIA стадії II-III функціонального класу за NYHA; чоловіки віком понад 40 років; ХОЗЛ, що діагностовано (підтверджене спірометрією) до маніфестації ІХС.

Критерії виключення: стенокардія напруження IV функціонального класу, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда до 6-місячної давнини; гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) або транзиторна ішемічна атака (ТІА) менше 6 місяців тому; серцева недостатність ІІІ-ІІІІ стадії; діагноз ХОЗЛ, не підтверджений спірометрією; бронхіальна астма; відмова пацієнта від участі в дослідженні.

З метою ретроспективного аналізу згідно з критеріями включення відібрано медичні карти стаціонарного хворого 108 пацієнтів з поєднанням ІХС та ХОЗЛ, які знаходилися на стаціонарному обстеженні та лікуванні протягом 2017-2020 років. Показання для госпіталізації обґрунтовувались положеннями наказу МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року, який передбачає надання медичної допомоги на вторинному і третинному рівні із застосуванням складних методів дослідження та визначення ризику і проведення експертизи працездатності, які не можна виконати в амбулаторних умовах.

Оцінювали якість діагностики та лікування ІХС відповідно до наказу МОЗ України №152 від 02.03.2016 року [8], з урахуванням рекомендацій ЄКТ 2019 року [18]. Діагностику та лікування ХОЗЛ оцінювали відповідно до Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень», затвердженої НАМН України в 2020 році [1] з урахуванням рекомендацій GOLD 2020 [15]. Прихильність до лікування визначали за валідованою шкалою Моріскі-Гріна (ММАС-8). По 1 балу нараховували за кожну відповідь «Ні», за виключенням запитання про прийом усіх препаратів за вчорашній день (1 бал за відповідь «Так»). У запитанні з ранжованими відповідями 1 бал нараховували тільки на відповідь «Ніколи». Високо прихильними вважалися пацієнти, які набрали 8 балів, помірно прихильними – 6-7 балів, та погана прихильність у тих, хто набрав менше 6 балів.

Статистичний аналіз результатів дослідження проведено за допомогою програмного продукту

STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA). Аналіз нормальності розподілу даних проводили за критерієм Шапіро-Вілка. Результати описової статистики при нормальному типі розподілу кількісних ознак представлено як середня арифметична (M) та стандартна похибка середньої арифметичної (m). При розподілі кількісних ознак, відмінному від нормального, визначалася медіана та інтерквартильний розмах (Me (25,0%; 75,0%)). Для порівняння двох непов'язаних вибірок при ненормальному розподілі використовувався критерій Манна-Уїтні (U). За достовірний рівень статистичної значущості (p) приймали $< 0,05$ [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнтів з ІХС у поєднанні з ХОЗЛ становив $61,4 \pm 8,04$ року, виключно чоловічої статі. У всіх випадках ІХС діагностовано після клінічної маніфестації ХОЗЛ, підтвердженої за допомогою спірометрії. Середня тривалість ІХС становила 6,5 (5;9) років, середня тривалість ХОЗЛ – 9,5 (6;11) років ($p < 0,05$). Стабільна стенокардія напруги (ССН) без інфаркту міокарда в анамнезі діагностована у 81 (75,0%) пацієнта, з них ССН II функціонального класу (ФК) у 65 пацієнтів (80,2%), а ССН III ФК – у 16 пацієнтів (19,8%). Постінфарктний кардіосклероз мав місце в 27 пацієнтів (25,0%). У 16 (59,3%) з них виявлена ССН, яка в 7 випадках (43,8%) відповідала ССН II ФК і в 9 (56,2%) – ССН III ФК. Супутня артеріальна гіпертензія виявлена в 49 пацієнтів (45,4%). Хронічна серцева недостатність I стадії за класифікацією М.Д. Стражеска – В.Х. Василенка діагностована в 79 пацієнтів (73,1%), ІІА стадії – у 29 пацієнтів (26,9%). В аналізованих даних медичних карт стаціонарного хворого в жодному випадку не визначалася претестова імовірність обструктивної форми ІХС.

Виявлено, що анамнез куріння зібраний лише в 25 пацієнтів (23,1%), індекс маси тіла (ІМТ) розрахований у 51,9% випадків, а окружність талії виміряна у 8,3%. Загальний аналіз крові, визначення глікемії, артеріального тиску й ЕКГ у стані спокою виконано у всіх випадках. Трансторакальна ЕхоКГ проведена 68 пацієнтам (62,9%), але в жодному випадку не виконувалась стрес-ЕхоКГ. Ультразвукове дослідження сонних артерій в якості маркера коронарного атеросклерозу виконано лише 8 пацієнтам (7,4%). Коронароангіографія була проведена 6 (22,2%) пацієнтам після перенесеного інфаркту міокарда, з них стентування – у 3.

Дослідження рівня загального холестерину (ХС) проведено в 64 пацієнтів (59,2%), а холесте-

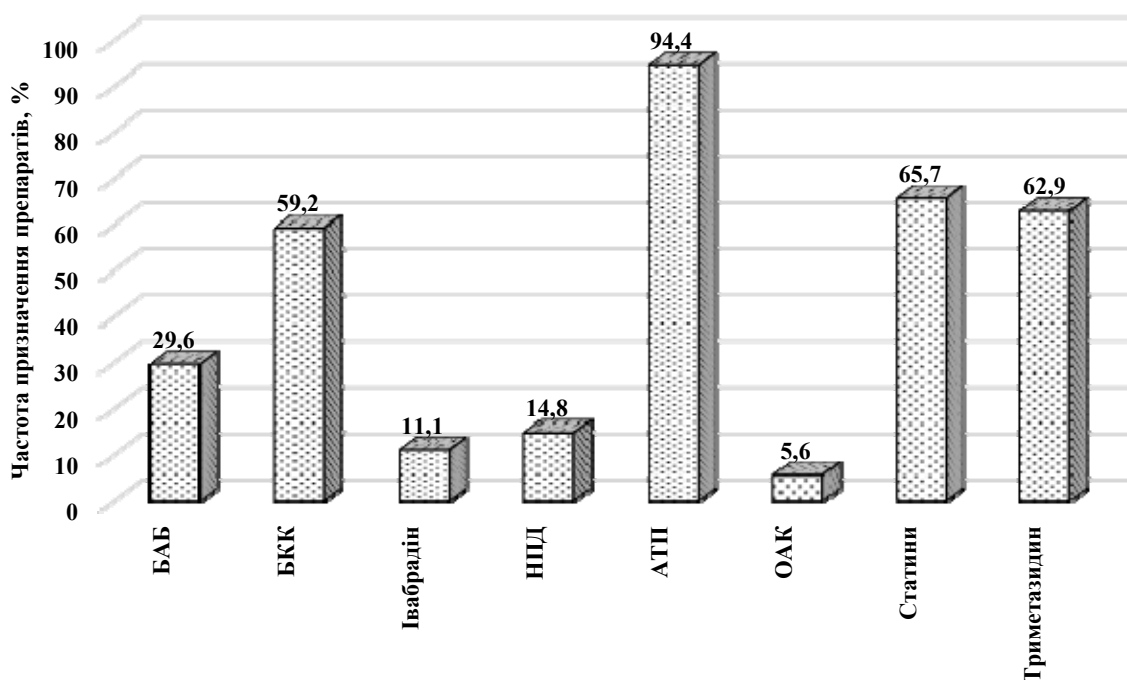
рину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) – лише в 43,5%. Рівень креатиніну визначався в 49,1% випадків. Жодному пацієнту з метою уточнення генезу задишки не визначався рівень мозкового натрійуретичного пептиду (BNP) або його попередника (NT – proBNP).

Тести з дозованим фізичним навантаженням (велоергометрія, тредміл-тест) взагалі не проводились, а тест з 6-хвилинною ходьбою в комплексі з пульсоксиметрією з визначенням рівня десатурації застосовувався в 7 (6,5%) випадках. Добове моніторування ЕКГ виконано 65 пацієнтам (60,2%).

Загальний аналіз базисної антиішемічної терапії ІХС, яку отримували пацієнти, показано на рисунку 1. Бета-адреноблокатори (БАБ) були призначені 32 пацієнтам (29,6%), з них небіволол (2,5-5мг) приймали 12 пацієнтів (37,5%), бісопролол (2,5-5 мг) – 15 пацієнтів (46,9%), а 7 (15,6%) пацієнтів отримували неселективний БАБ карведилол (12,5-25мг), який визнано небажаним на тлі ХОЗЛ. Івабрадин (10-15 мг) був призначений у 12 випадках (11,1%). Серед блокаторів кальцієвих каналів (БКК) 64 пацієнти (59,2%) отримували амлодипін 5-10 мг. Нітрати пролонгованої дії (НПД) приймали 16 пацієнтів (14,8%), а триметазидин – 68 пацієнтів (62,9%). Антитромбоцитарні препарати отримували 102 пацієнти (94,4%), з них ацетилсаліцилову кислоту – 76 пацієнтів (74,5%), клопідогрель – 26 пацієнтів (25,5%). Пероральні антикоагулянти (варфарин, ривароксабан) призначені 6 (5,6%) пацієнтам у зв'язку з фібриляцією передсердь.

Із 65 пацієнтів зі ССН ПФК 19 (29,3%) отримували БАБ, 45 (69,2%) – БКК, 4 (6,2%) – івабрадин та 25 (38,5%) – триметазидин. Пацієнтам із ССН III ФК у 6 (37,5%) випадках із 16 призначено БАБ, у 10 (62,5%) – БКК, 4 (25,0%) пацієнтам був призначений івабрадин, 7 (43,8%) пацієнтам – НПД. Усім пацієнтам цієї групи був призначений триметазидин. Із 27 пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом, у тому числі в поєднанні зі ССН, 7 (25,9%) призначено БАБ, 9 (33,3%) – БКК, 4 (14,8%) – івабрадин, 9 (33,3%) – НПД та всім пацієнтам – триметазидин. Отже, серед препаратів, які покращують якість життя і позитивно впливають на прогноз у пацієнтів з хронічною ІХС, БАБ при поєднанні з ХОЗЛ призначалися лише в 29,6% випадків.

Статини (аторвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг) отримували лише 71 пацієнт (65,7%). При цьому в жодному випадку при їх тривалому прийомі не досягнуто цільових рівнів ХС або ХСЛПНЩ, передбачених у рекомендаціях з дисліпідемії Всеукраїнської асоціації кардіологів (2020).



Примітка: БАБ - бетаадереноблокатори, БКК - блокатори кальцієвих каналів, НІД - нітрати пролонгованої дії, АТП - антитромбоцитарні препарати, ОАК - оральні антикоагулянти.

Рис. 1. Базисна антиішемічна терапія пацієнтів з ІХС в поєднанні з ХОЗЛ (n=108)

Серед 49 пацієнтів із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) отримували 28 пацієнтів (57,1%). З них еналаприл (10-20 мг) був призначений 6 пацієнтам (21,4%), лізиноприл (10 мг) – 7 пацієнтам (25,0%), периндоприл (5-10 мг) – 5 пацієнтам (17,9%), раміприл (2,5-10 мг) – 10 пацієнтам (35,7%). Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) призначені 21 пацієнту (42,9%), з них валсартан (80-160 мг) – 14 пацієнтам (66,7%), кандесартан (4-16мг) – 3 пацієнтам (14,3%), лосартан (50-100 мг) – 4 пацієнтам (19,0%).

Антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів (АМР) спіронолактон приймали 32 пацієнти (29,6%). Тіазидні або тіазидоподібні діуретики (індапамід 1,25-2,5 мг, гідрохлортіазид 12,5 мг) отримували 15 пацієнтів (13,9%), а петльові діуретики (торасемід 5-10 мг) – 26 пацієнтів (24,1%).

Діагноз ХОЗЛ був спірометрично підтверджений у всіх випадках на етапі постановки клінічного діагнозу. Крім того, всім пацієнтам на стаціонарному етапі, медична документація якої аналізувалася, проводилася спірометрія. Не було можливості провести оцінку клінічних груп ХОЗЛ у зв'язку з відсутністю анкетування за тестом оцінки ХОЗЛ (ТОХ) та Модифікованою шкалою задишки Медичної дослідницької ради (ММДР).

На рисунку 2 представлено аналіз базисної терапії ХОЗЛ залежно від ступеня тяжкості бронхіальної обструкції в пацієнтів з хронічною ІХС. За результатами постбронходилатаційної спірометрії, проведеної в стаціонарі, 2-й ступінь бронхіальної обструкції за GOLD було зареєстровано в 56 пацієнтів (51,8%), у яких рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) становив 62,4 (54,9;68,4)% від належного, співвідношення ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,64 (0,60;0,67). З цих 56 пацієнтів 39 (69,6%) був призначений тривалої дії β2-агоніст (ТДБА) формотерол, 10 пацієнтам (17,9%) – тривалої дії холінолітики (ТДХЛ) тіотропіуму бромід, 7 пацієнтам (12,5%) – комбінація ТДБА сальметеролу з інгаляційним кортикостероїдом (ІКС) флутиказону пропіонатом. У 36 пацієнтів (33,4%) встановлено 3-й ступінь бронхіальної обструкції, рівень ОФВ1 – 40,5 (32,1;46,1)% від належного, ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,55(0,46;0,60). З них 20 (55,6%) пацієнтам призначено ТДХЛ, 3 пацієнтам (8,3%) – фіксовану комбінацію ТДХЛ та ТДБА (умеклідініуму бромід+вілантерол), 8 (22,2%) пацієнтам – комбінацію ТДБА та ІКС, а 5 (13,9%) пацієнтам – комбінацію ТДХЛ, ТДБА та ІКС. У 16 пацієнтів (14,8%) діагностовано 4-й ступінь бронхіальної обструкції за GOLD, рівень ОФВ1 у них становив 27,7 (29,7;22,9)% від належного, ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,48 (0,39;0,63).

3 (18,7%) з них була призначена комбінація ТДБА та ТДХЛ, 13 (81,3%) – потрійна терапія ТДХЛ, ТДБА та ІКС. Серед пацієнтів з 2-м ступенем бронхіальної обструкції нерегулярно

приймали препарати базисної терапії 32 (57,1%), серед 36 пацієнтів з 3-м ступенем – 13 (36,1%), а серед 16 пацієнтів з 4-м ступенем – 4 (25,0%).

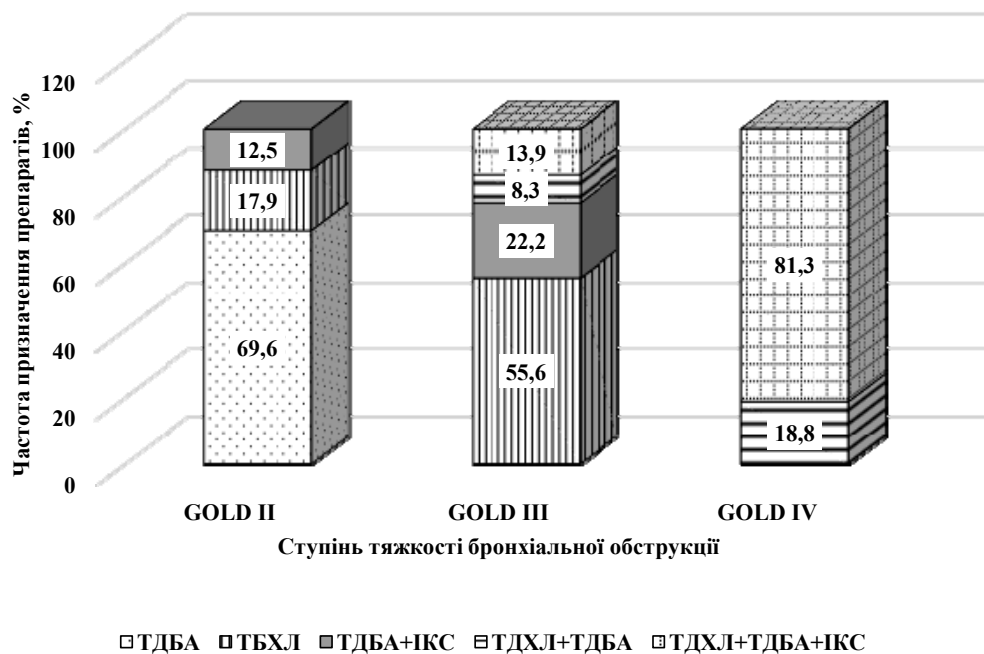


Рис. 2. Базисна терапія ХОЗЛ у пацієнтів з поєднанням ІХС та ХОЗЛ (n=108)

Для полегшення симптомів за потребою у 86 (79,6%) випадках пацієнти отримували комбінацію інгаляційних препаратів короткої дії холінолітика (КДХЛ) іпратропіуму бромід та β_2 -агоніста (КДБА) фенотеролу. У 22 (20,4%) випадках за потребою призначався КДБА сальбутамол.

Загалом середня кількість препаратів, призначених одному пацієнту, становила 6 (4;9). Високу прихильність продемонстрували лише 12 пацієнтів (11,1%), помірну – 47 пацієнтів (43,5%), неприхильними до лікування виявились 49 хворих (45,4%).

ВИСНОВКИ

1. Проблеми в діагностиці хронічної ІХС в поєднанні з ХОЗЛ пов'язані з відсутністю визначення претестової імовірності обструктивної форми ІХС за клінічними даними, недостатнім використанням ехокардіографії, холтеровського моніторингу ЕКГ, ультразвукового дослідження каротид, визначення толерантності до фізичного навантаження, дисліпідемії, змін коронарних артерій за даними коронароангіографії та NT-проBNP для уточнення походження задишки.

2. При хронічній ІХС у пацієнтів з коморбідним ХОЗЛ недостатньо призначаються в-адрено-

блокатори, альтернативний препарат івабрадин при протипоказаннях або недостатній дозі в-адреноблокаторів, протокольні препарати метаболічної дії (триметазидин та ранолазин), а також статини.

3. У визначенні клінічної групи ХОЗЛ у пацієнтів з хронічною ІХС не використовується анкетування за тестом оцінки ХОЗЛ (ТОХ) та Модифікованою шкалою задишки Медичної дослідницької ради (мМДР). У базисній терапії стабільного ХОЗЛ недостатньо призначаються передбачені протоколами фіксовані комбінації інгаляційних холінолітиків та в2-агоністів тривалої дії, а в лікуванні ХОЗЛ тяжкого перебігу додатково застосовуються інгаляційні кортикостероїди без урахування рівня еозинофілії.

4. У реальній практиці пацієнти з хронічними формами ІХС у поєднанні з ХОЗЛ мають низьку прихильність до лікування, що потребує визначення параметрів якості життя, які перешкоджають досягненню комплаєнтності до лікування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень» / *Нац. акад. мед. наук. України*. Київ, 2020. 70 с. URL: http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova_hozl_2020.pdf
2. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев: МИЦ «Мединформ», 2018. 2-е изд. 579 с.
3. Войнарівська Г. П., Асанов Е. О. Ішемічна хвороба серця та хронічне обструктивне захворювання легень: актуальна проблема коморбідності у внутрішній медицині. *ScienceRise: Medical Science*. 2020. Vol. 36, No. 3. P. 20-24. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.203968>
4. Коваленко В. М. Проблема коморбідності в кардіології. *Укр. мед. часопис* [Електронний ресурс]. 2019. 5 Жовт. (Т. 133, № 1). URL: <https://www.umj.com.ua/article/162879/yuvilej-najmasshtabnishoyi-podiyi-u-vitchiznyanij-kardiologiyi>
5. Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020. Т. 19, № 3. С. 232-239. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-25624>
6. Перцева Т. О., Конопкіна Л. І., Басіна Б. О. Ефективність та безпечність застосування холінолітика тривалої дії на етапах доготривалої медичної реабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. *Медичні перспективи*. 2012. Т. 17, № 1. С. 59-65.
7. Перцева Т. О., Конопкіна Л. І., Коваль Д. С., Губа Ю. В. Процеси запалення та фіброзування у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. *Медичні перспективи*. 2020. Т. 256 № 4. С. 59-65. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221229>
8. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця: наказ МОЗ України № 152. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» від 02.03.2016. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_152_ukpmd_ihs.pdf
9. Серцево-судинні захворювання – головна причина смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб у 2019 році / *Центр громадського здоров'я МОЗ України* [Електронний ресурс]. 2021. 4 січ. URL: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya> (дата звернення 14.02.2021)
10. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews/ Leslie K.H. et al. *Journal of Public Health*. 2019. Vol. 41, No. 1. P. e84-e94. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>
11. Cardiovascular disease and COPD: dangerous liaisons? / K. F. Rabe et al. *Eur Respir Rev*. 2018. Vol. 27. P. 1-32. DOI: <https://doi.org/10.1183/16000617.0057-2018>
12. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiac Diseases: An Urgent Need for Integrated Care / S. Roversi et al. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016. Vol. 194, No. 11. P. 1319-1336. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0690SO>
13. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Left Ventricle / K. Portillo et al. *Arch Bronconeumol*. 2015. Vol. 51, No. 5. P. 227-234. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.03.012>
14. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. Vol. 396. P. 1204-1222. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
15. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). URL: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>
16. Managing comorbidities in COPD / G. Hillas Et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015. Vol. 7. P. 95-109. DOI: <https://doi.org/10.2147/COPD.S54473>
17. Questionnaires on adherence to antihypertensive treatment: a systematic review of published questionnaires and their psychometric properties / E. Pareja-Martínez et al. *Int J Clin Pharm*. 2020. Vol. 42, No. 2. P. 335-365. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-00981-x>
18. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2020. Vol. 41. P. 407-477. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

REFERENCES

1. [Adapted evidence-based clinical guideline “Chronic obstructive pulmonary disease”]. Kyiv: National Academy of Medical Sciences. 2020. p. 70. Ukrainian. Available from: http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova_hozl_2020.pdf
2. Antomonoв MYu. [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. MITC "Medinform". 2018;2:579. Russian.
3. Voinarovska HP, Asanov EO [Ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease: the

- topical problem of comorbidity in internal medicine]. ScienceRise: Medical Science. 2020;3(36):20-24. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.203968>
4. Kovalenko VM. [Problem of comorbidity in cardiology]. Ukr. med. chasopys. [Internet]. 2019;5(1):133. Ukrainian. Available from: <https://www.umj.com.ua/article/162879/yuvilej-najmasshtabnishoyi-podiyi-u-vitchiznyanij-kardiologiyi>
5. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. [Questionnaires and scores for assessing medication adherence – advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice]. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(3):232-9. Russian. doi: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-25624>
6. Pertseva TA, Konopkina LI, Basina BO. [Efficacy and safety of prolonged action cholinolytic at the stages of long-term medical rehabilitation of patients with COPD]. Medicni perspektivi. 2012;17(1):59-65. Ukrainian.
7. Pertseva TA, Konopkina LI, Koval DS, Guba YuV. [The processes of inflammation and fibrosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. Medicni perspektivi. 2020;25(4):59-65. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221229>
8. [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 2, 2016 N 152 “On Approval and Implementation of Medical-Technological Documents for the Standardization of Medical Assistance in Stable Ischemic Heart Disease”]. Kyiv; 2016. Ukrainian. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_152_ykpm_d_ihs.pdf
9. [Cardiovascular diseases – the main cause of death of Ukrainians. Conclusions from the study of the global burden of disease in 2019]. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. [Internet]. 2021 Jan 4. Ukrainian. Available from: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya>
10. Leslie KH, McCowan C, Pell JP. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. Journal of Public Health. 2019;41(1):e84–e94. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>
11. Rabe KF, Hurst JR, Suissa S. Cardiovascular disease and COPD: dangerous liaisons? Eur Respir Rev. 2018;27:1-32. doi: <https://doi.org/10.1183/16000617.0057-2018>
12. Roversi S, Fabbri LM, Sin DD, Hawkins NM, Augusti A. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiac Diseases: An Urgent Need for Integrated Care. Am J Respir Crit Care Med. 2016;194,11:1319-36. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0690SO>
13. Portillo K, Abad-Capa J, Ruiz-Manzano J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Left Ventricle. Arch Bronconeumol. 2015;51(5):227-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.03.012>
14. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396:1204-22. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
15. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>
16. Hillas G, Perlicos F, Tsiligiani I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;7:95-109. doi: <https://doi.org/10.2147/COPD.S54473>
17. Pareja-Martínez E, Esquivel-Prados E, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Questionnaires on adherence to antihypertensive treatment: a systematic review of published questionnaires and their psychometric properties. Int J Clin Pharm. 2020;42(2):335-65. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-00981-x>
18. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2020;41:407-77. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Стаття надійшла до редакції
02.03.2021

