

Хроническая сердечная недостаточность у пациентов с впервые выявленным туберкулезом и хронической обструктивной болезнью легких: взгляд терапевта.

Багишева Н.В.¹, Викторова И.А.¹, Мордык А.В.^{1,2}, Моисеева М.В.¹, Ароян А.Р.^{1,3}

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава Россия, Омск, улица Ленина, 12

² ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, Россия, Москва, улица Достоевского, 4, корпус 2.

³ БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», Россия, Омск, улица Целинная, 2

Вопросы ведения пациентов с коморбидной патологией становится приоритетными в современной медицине. Не являются исключением и пациенты с коморбидной инфекционной и неинфекционной патологией.

Цель исследования

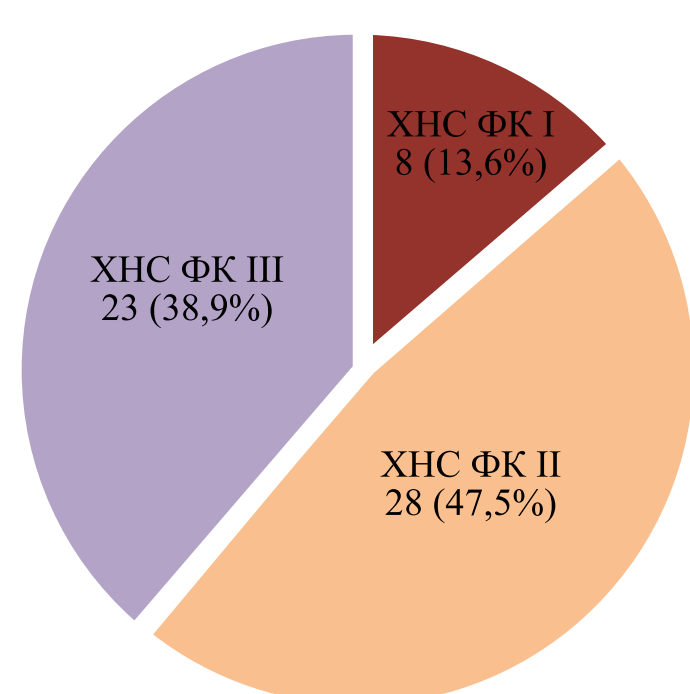
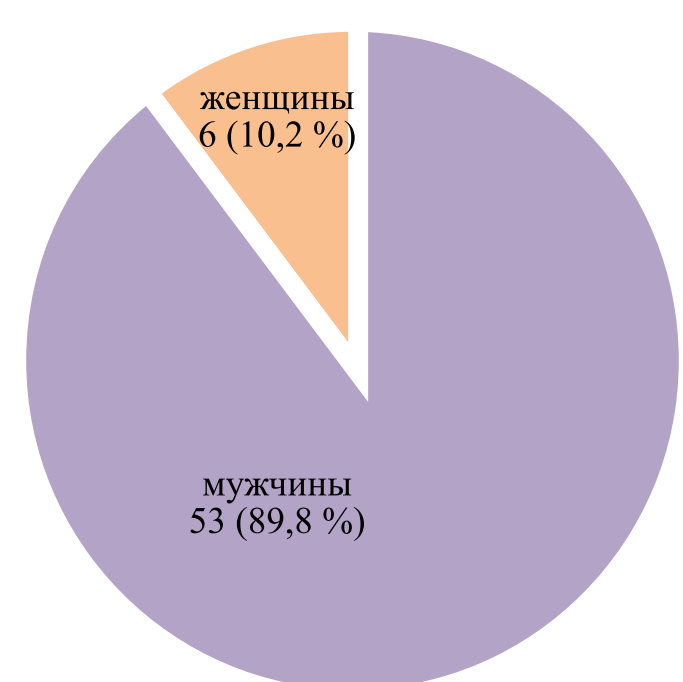
Определение наиболее эффективных вариантов фармакотерапии пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких (ТБ) хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материалы и методы

Сравнительное исследование было проведено на базе «Клинический противотуберкулезный диспансер» (БУЗОО КПТД) города Омска, включало 59 пациентов с ТБ, ХОБЛ и ХСНсФВ.

Продолжительность наблюдения 3 месяца.

Медиана возраста (Ме 25;75) - 61,0 год (58; 64,5)



Критерии эффективности терапии:

- тест 6-ти минутной ходьбы;
- частота сердечных сокращений (ЧСС) по ЭКГ;
- качество жизни (КЖ) по опроснику SF-36.

Для оценки КЖ, выделена группа пациентов (n=20) с ТБ+ХОБЛ+ХСНсФВ, возраст 60,0 лет (57,0; 64,0), давшие согласие и самостоятельно заполнившие опросник SF-36. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакетов программ Statistica 8.0. Выборка не подчинялась законам нормального распределения, использовались непараметрические методы статистической обработки. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующий $p < 0,05$.

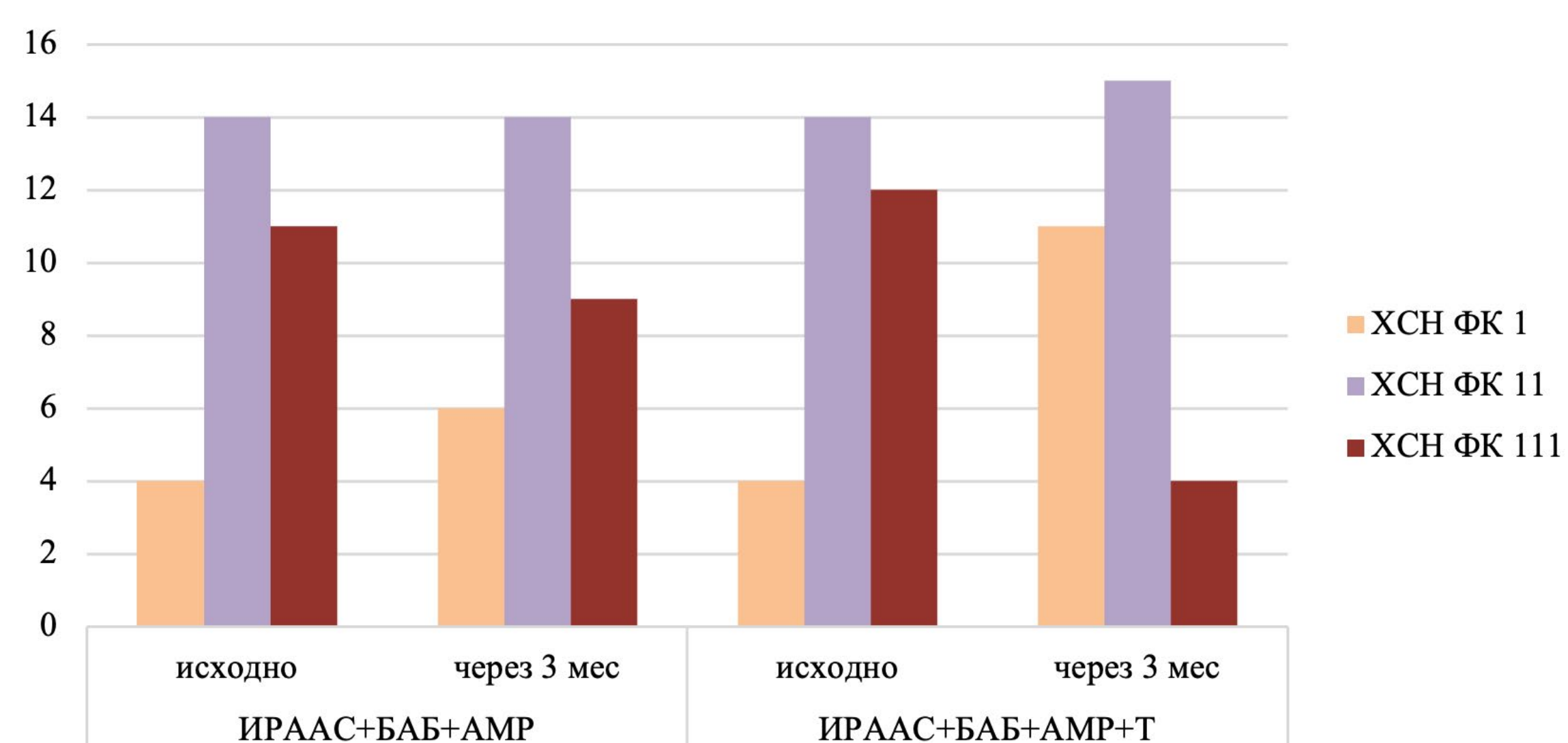
Результаты исследования

У пациентов с ТБ+ХОБЛ+ХСНсФВ, были рассмотрены 2 варианта комбинированной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по ХСН 2020 года.

Группа 1 – (n=29) получала комбинированную терапию, включающую ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, β 2-адреноблокатор, антагонист минералокортикоидных рецепторов (ИРААС+БАБ+АМР).

Группа 2 – ИРААС+БАБ+АМР + триметазидин (Т)

Медиана ЧСС до лечения – 86,0 (71,0; 96,0).



Через 3 месяца терапии наблюдалось увеличение количества пациентов, способных преодолеть более 400 метров за 6 минут и уменьшение тех, которые могли пройти менее 300 метров, особенно у пациентов, получавших в комплексной терапии ИРААС (ИАПФ или АРА)+АМР+БАБ+Т. Это свидетельствует о том, что дополнение триметазидина к комплексной терапии основными препаратами (ИАПФ или АРА, БАБ и АМР), оказывает положительное влияние на способность пациентов с ХСНсФВ переносить физические нагрузки.

На фоне лечения пациентов с коморбидной ХСН в течение 3 месяцев получено статистически значимое снижение ЧСС внутри групп на фоне терапии БАБ. Улучшение переносимости физических нагрузок (тест с 6-ти минутной ходьбой), уменьшение ЧСС до 67 в минуту за 3 месяца отмечали пациенты, получающие комбинации ИРААС+БАБ+АМР+Т.

Дополнение к комбинированной терапии триметазидина позволило достичь лучших результатов по переносимости физических нагрузок, что в комбинации с уменьшением ЧСС может рассматриваться в качестве варианта терапии сопровождения у пациентов с ТБ.

В группе ТБ+ХОБЛ+ХСНсФВ:

- | | |
|---|--|
| в начале наблюдения отмечалось выраженное снижение КЖ по шкалам | за 3 месяца терапии сами пациенты отмечали улучшение |
| - физического (30 баллов); | - физической активности; |
| - социального функционирования (35 баллов); | - ролевого функционирования; |
| - общего здоровья (35 баллов). | - социального функционирования; |
| | - эмоционального функционирования. |

При использовании рациональных комбинаций в фармакотерапии коморбидных состояний кардиореспираторной системы у пациентов с ТБ на фоне ХОБЛ в период их лечения в стационаре, стабилизация работы дыхательной и сердечно-сосудистой систем, может рассматриваться как прогностически благоприятный фактор в отношении повышения комплаенса лечения ТБ для сокращения сроков лечения, снижения инвалидизации пациентов.

Заключение

Использование триметазидина как миокардиального цитопротектора в комплексной терапии ХСН, в условиях прогрессирующей гипоксии у пациентов с ТБ и ХОБЛ является оптимальным в качестве терапии сопровождения при наличии ХСН. Триметазидин ограничивает кардиодепрессивный эффект противотуберкулезных препаратов, снижая вероятность прогрессирования ХСН в период лечения ТБ.

Дополнительный источник финансирования отсутствует.