

І.В. Окіпняк

**ЕКСТРАКТ РОДІОЛИ РІДКИЙ ЯК ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ**Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб (зав. – проф. О.І. Волошин)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** У хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) ішемічного генезу початкових стадій у комплексному лікуванні застосовано екстракт родіоли рідкий (ЕРР). Показано, що ЕРР покращує результати лікування у хворих на ХСН із зниженими і нормальними показниками артеріального тиску та володіє регулювальною дією на варіабельність серцевого ритму.

**Ключові слова:** екстракт родіоли рідкий, хронічна серцева недостатність, лікування.

**Вступ.** В останні роки при лікуванні хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) звернута увага науковців до використання  $\beta$ -адреноблокаторів, [3, 4, 6]. Саме за їх здатності послаблювати скоротливість серця вони довгий час вважалися протипоказаними при цій недозі. Однак результати недавно закінчених багатоцентрових досліджень засвідчують, що карведилол, бісопролол, метопролол знижують ризик смерті внаслідок ХСН та покращують прогноз захворювання [10, 11]. Важливим фактором, який обмежує їх використання при ХСН, є артеріальна гіпотонія, що трапляється в 9–11% випадків [8]. В основі цього явища лежить зниження серцевого викиду від застосування  $\beta$ -адреноблокаторів, а для препаратів третього покоління цієї групи – ще й надмірна периферична вазодилатація. Відомо, що системний АТ є вірогідним предиктором подальшого покращання систолічної функції лівого шлуночка в процесі терапії  $\beta$ -адреноблокаторами цього контингенту хворих. Деякі автори зазначають [2, 10], що навіть в умовах відсутності в базовій терапії інгібітора АПФ прийом бісопролола може призвести до гіпотонії першої дози в пацієнтів із ХСН. У зв'язку із зазначеним доцільні пошуки засобів нівелювання цих побічних ефектів  $\beta$ -адреноблокаторів.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність комплексного лікування хворих на ХСН шляхом застосування екстракту родіоли рідкого (ЕРР).

**Матеріал і методи.** Обстежено 62 пацієнти віком  $49,2 \pm 5,7$  року, з них 37 чоловіків та 25 жінок, які мали клінічні ознаки помірно вираженої або легкої ХСН (30 хворих із ХСН ІІФК і 32 – ХСН ІІІФК). Згідно з результатами клінічного обстеження, велоергометрії (ВЕМ) в обраного контингенту хворих встановлено стабільну стенокардію напруги ІІ ФК. Контрольну групу склали 25 хворих, які під час стаціонарного лікування приймали тільки препарати базової терапії (еналаприл, фуросемід, карведилол, нітросорбід). У 37 пацієнтів основної групи, крім препаратів базового комплексу, було включено ЕРР виробництва Львівської фармацевтичної фабрики по 10 крапель двічі на день. Хворі контрольної та основної групи були репрезентативні за віком, статтю та функціональним класом ХСН. Крім загальноклінічних методів дослідження, всім пацієнтам до та після проведення лікування здійснювали добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) та визначення варіабельності серцевого ритму (ВСР). Результати ДМАТ оцінювали за наступними показниками: максимальні, мінімальні та середні рівні САТ та ДАТ, їх динаміка під час активної діяльності та сну, зміна САТ та ДАТ на фоні лікування [5]. При аналізі ВСР [1, 7] оцінювали кількісні [мода (Мо), амплітуда моди (АМо)] та спектральні показники [загальна потужність спектра (ТР), показник співвідношення симпатичного тону вегетативної нервової системи до парасимпатичного (LF/HF)].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Залежно від вихідних значень систолічного і діастолічного тисків, визначених у перші 24 год моніторування, хворі основної групи були розподілені на три підгрупи. У першу підгрупу (15–40,5% чоловік) увійшли пацієнти з показниками САТ від 80 до 120 мм рт. ст. (середньодобове значення склало  $110,46 \pm 3,31$  мм рт. ст.). Згідно з даними, отриманими при визначенні ВСР, у п'яти пацієнтів цієї підгрупи виявлено брадикардію та ознаки переважання парасимпатичного відділу нервової системи (Мо –  $1,058 \pm 0,12$  с; АМо –  $50,6 \pm 3,41\%$ ; ТР –  $7378 \pm 451$  с<sup>2</sup>; LF/HF –  $2,68 \pm 0,16$ ).

Другу підгрупу склали 9 (24,3%) пацієнтів, у яких САТ було в межах від 121 до 140 мм рт. ст. (середньодобове САТ становило  $128,67 \pm 2,19$  мм рт. ст. і ДАТ –  $78,23 \pm 1,47$  мм рт. ст.). Як і в першій підгрупі, більшість другої підгрупи склали пацієнти з ознаками нормокардії та збереженого вегетативного гомеостазу. Проте у двох із дев'яти хворих виявлено ознаки симпатикотонії.

І останню, третю підгрупу (13–35,1% хворих), склали пацієнти із значеннями АТ від 141 до 159 мм рт. ст. (середньодобове САТ становило  $148,57 \pm 2,82$ ). Згідно з аналізом ВСР у всіх хворих цієї групи виявлено тахікардію та переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи (Мо –  $0,700 \pm 0,09$  с; АМо –  $69,0 \pm 2,13\%$ ; ТР –  $3430 \pm 451$  с<sup>2</sup>; LF/HF –  $5,67 \pm 0,21$ ).

Аналіз результатів ДМАТ в наступні 24 год моніторингу (на фоні прийому ЕРР) засвідчив вірогідне зростання значень добового САТ на 14,8% ( $p < 0,05$ ) та ДАТ на 20,7% ( $p < 0,01$ ) у першій підгрупі обстежених пацієнтів (рис.1). При проведенні ВСР у пацієнтів із виявленими при первинному обстеженні ознаками брадикардії та переважання парасимпатичного відділу нервової системи, встановлено зменшення після прийому ЕРР Мо (на 23%), вірогідне зростання АМо ( $p < 0,05$ ), підвищення ТР (на 14%).

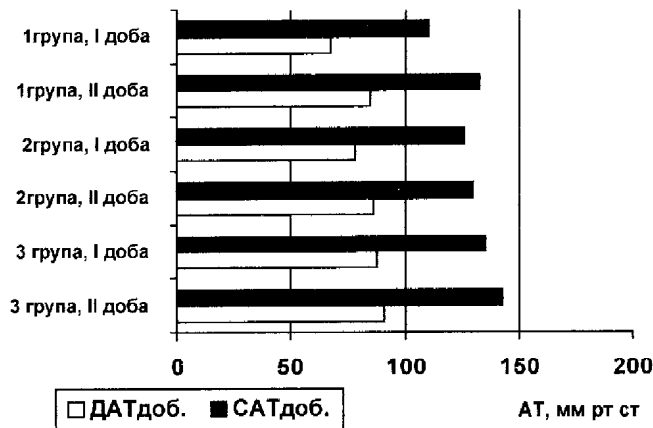


Рис. 1. Динаміка САТ і ДАТ до та після прийому добової дози ЕРР у пацієнтів із ХСН з різними рівнями АТ.

У другій підгрупі хворих отримано невірогідну різницю показників у першу та наступні 24 год моніторингу АТ. Проте слід зазначити, що на фоні прийому ЕРР показники САТ і ДАТ у зазначеній підгрупі мали все ж таки тенденцію до зростання. Встановлено також, що в пацієнтів із вихідними показниками нормокардії та збереженим вегетативним гомеостазом після прийому ЕРР досліджувані характеристик ВСР не змінювалися. У підгрупі хворих із вихідними пограничними значеннями САТ на другу добу моніторингу спостерігалось підвищення добового САТ на 5,2% з вірогідною різницею ( $p < 0,01$ ), невірогідні зміни відмічено для ДАТ.

Отримані дані слугували підставою для включення ЕРР в комплексне лікування хворих на ХСН як засобу регуляції серцевого ритму та судинного тону.

При подальшому клінічному спостереженні на 6–7-й день у двох із 13 хворих із початково пограничними значеннями АТ було виявлено погіршення загального стану. Пацієнти скаржилися на головний біль, дратливість, поганий сон та погіршення самопочуття. АТ упродовж першої половини дня був вищим за 140/90 мм рт. ст. Результати аналізу ВСР свідчили про наявність у них тахікардії та вираженої симпатикотонії. Це змусило нас зменшити двічі добову дозу ЕРР. Через 2–3 дні загальний стан пацієнтів та показники ВСР нормалізувалися. В інших хворих цієї підгрупи показники АТ коливалися в межах допустимих значень. При цьому суб'єктивні ознаки самопочуття покращились у 56,7% ( $p < 0,01$ ) хворих. Аналіз ВСР свідчив про зменшення тахікардії та проявів симпатикотонії (зросло значення Мо з 0,52 до 0,89 с ( $p < 0,05$ ); зменшилися АМо (на 14,2%) та LF/HF (на 38,6%)).

Найкращі клінічні результати спостерігали в першій підгрупі обстежених пацієнтів, у яких вихідні значення АТ мали тенденцію до зниження. У них виявлено найбільш виражене в межах фізіологічної доцільності підвищення САТ після прийому екстракту "золотого" кореня, показники добового ДАТ мали тенденцію до зростання.

Констатовано, що добові рівні САТ після прийому ЕРР зростали переважно в першу половину денного моніторингу. За нічний проміжок часу рівень САТ був майже незмінним (рис. 2).

Пацієнти першої та другої підгруп пройшли 10–12-денний курс прийому ЕРР на фоні базової терапії. Підвищення АТ за межі допустимих нормативних значень

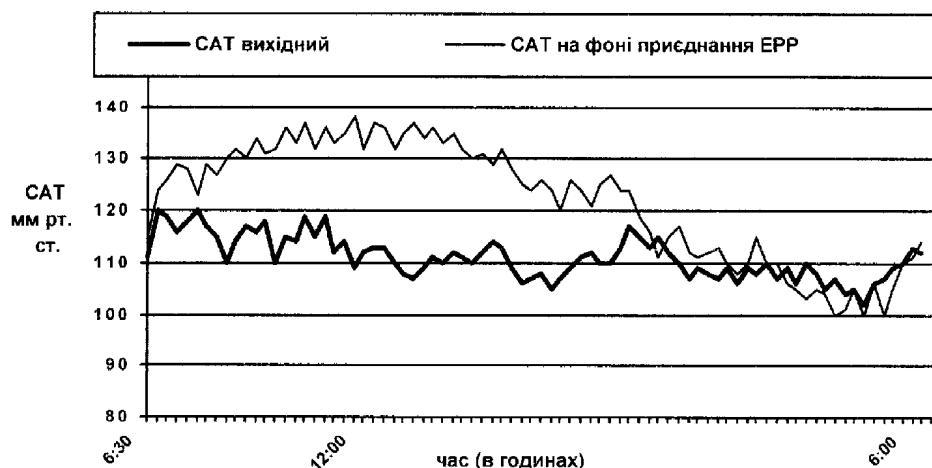


Рис. 2. Добова динаміка САТ до та після прийому добової дози ЕРР у хворих на ХСН І групи.

не виявлено. У цих хворих були ознаки нормокардії та збереженого вегетативного гомеостазу. Хворі вказаних підгрупи відзначали на 3–4-й день раніше від пацієнтів контрольної групи зникнення дратівливості, внутрішнього неспокою та покращення якісних показників життя (настрою, сну, апетиту, зменшення тривожності, підвищення толерантності до фізичних навантажень), зменшення набряків, посилення діурезу в перші три доби лікування. Це дозволило з 5–7-го дня лікування зменшити дозу та кратність застосування діуретичних засобів, нітропрепаратів, оптимізувати і здешевити лікувальний процес. У жодного пацієнта не спостерігали виникнення гіпотонії після призначення  $\beta$ -адреноблокаторів.

Результати проведеного нами добового моніторингу АТ свідчили про підвищення АТ на фоні прийому ЕРР, що позитивно впливало на якісні показники життя та перебіг захворювання у пацієнтів основної підгрупи з вихідними зниженими значеннями САТ і ДАТ, при цьому аналіз ВСР свідчив про збереження вегетативного гомеостазу. У той час як у хворих контрольної групи з ідентичними клінічними проявами та рівнями АТ було гірше самопочуття, зниження працездатності, сонливість вдень, роздратованість. Виявлені нами стимулювальні та адаптогенні властивості ЕРР у хворих на ХСН можна пояснити дією на організм цінних біологічних чинників, які входять до складу коріння цієї рослини. Встановлено, що саме фенольним сполукам (салідрозиду, тирозолу) та цинамілглікозидам (розину, розиридину) притаманні стимулювальні та адаптогенні властивості екстракту [9]. Вказана особливість дії ЕРР мала важливе значення для пацієнтів, в яких у базовий лікувальний комплекс включено  $\beta$ -адреноблокатор.

**Висновки.** 1. Використання екстракту родіоли рідкого на фоні базового комплексного лікування у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу призводить до підвищення АТ у пацієнтів із початково низькими їх показниками до оптимальних значень, що має важливе значення для запобігання розвитку гіпотонії при застосуванні  $\beta$ -адреноблокаторів.

2. Вживання ЕРР сприяє нормалізації показників ВСР та підкреслює вагомий адаптогенні властивості цього препарату, які виражаються в позитивному впливі на регуляцію серцевого ритму при його помірних порушеннях.

Виявлений нами м'який стимулювальний вплив ЕРР на показники АТ є важливим не тільки щодо прогнозу, але й насамперед, для запобігання потенційної міокардіальної, церебральної та ниркової ішемії. Для підтвердження цієї гіпотези потрібні подальші дослідження регіональної гемодинаміки та метаболічних процесів у такого контингенту хворих. У хворих із пограничними значеннями АТ необхідно з обережністю застосовувати ЕРР як ад'ювантний адаптогенний засіб терапії. У частини з них можлива поява симптомів перестимуляції (підсилення головного болю, поява дратівливості, порушення сну), що є підставою для зменшення добової дози ЕРР вдвічі.

**Література.** 1. Баевский В.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 220 с. 2. Бобров В.О., Волченко Г.В., Кітура О.С. Міокардіальна дисфункція і потенційні можливості блокаторів  $\beta$ -адренорецепторів у лікуванні хворих

на серцеву недостатність // Doctor.– 2001.–Т.4, №8.– С.34–40. 4. *Визир В.А., Березин А.Е.* Нейрогормональная активация при сердечной недостаточности. Часть I–II // Запорож. мед.– 2000.– Т.2, №7.– С.12–15. 5. *Воронков Л.Г.* Выбор оптимального блокатора b-адренорецепторов для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью // Doctor.– 2001.– Т.4, №8.– С.28–30. 6. *Горбунов В.М.* 24-часовое автоматическое мониторирование артериального давления (рекомендации для врачей).– К.: Здоров'я, 1999.– С.96–104. 7. *Дзяк Г.В., Васильева Л.И., Ханюков А.А.* Хроническая сердечная недостаточность: современные представления // Doctor.–2001.– Т.4, №8.– С.7–11. 8. *Дослідження варіабельності серцевого ритму у кардіологічній практиці: методичні рекомендації / Бобров В.О., Чубучний В.М., Жарінов О.И., Симорот В.М., Долженко М.М., Дзяк В.Г.* / – К.: Техніка, 1999.– 6 с. 9. *Лопатин Ю.М., Іваненко В.В., Рязанцева Н.В.* Гипотония после приема первой дозы β-адреноблокатора бисопролола у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология.– 2001.– Т.11, №4.– С.72–73. 10. *Саратиков А.С.* Родиола розовая – ценное лекарственное растение. Томск 1987.– 245 с. 11. *CIBIS Investigators and Committees (1999) The cardiac insufficiency bisoprolol study II (CIBIS-II): a randomized trial // Circulation.– 1999.– Vol.89.– P.9–13.* 12. *Heidenreich P.A.* Effect of beta-blockade on mortality in patients with heart failure: A meta-analysis of randomized clinical trials // J.Am. Coll. Cardiol.– 1997.– Vol.30.– P.27–34.

## **RODIOLAE FLUIDUM EXTRACT AS A MEANS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY**

*I.V. Okipniak*

**Abstract.** Rodiolae fluidum extract (RFE) has been used in a course of multimodality treatment in patients with chronic cardiac insufficiency (CCI) of ischemic genesis at the initial stages. It has been demonstrated that RFE improves the outcome of treatment in CCI patients accompanied by decreased and normal indices of the arterial pressure and exerts a regulating effect on the variability of the heart rate.

**Key word:** Rodiolae fluidum extract, chronic cardiac insufficiency, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Buk. Med. Herald.* – 2003. – Vol.7, №2. – P.89–92.

*Надійшла до редакції 01.04.2003 року*

---