

КРОВООБІГ ТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Circulation &
haemostasis

ГЕМОСТАЗ

СИНДРОМ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРА

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ

Українська асоціація «Мікроциркуляція, гемореологія, тромбоутворення»

№ 1–2' червень 2011 (31–32)

Періодичність: 4 рази на рік
Заснований у вересні 2003 року
УДК 612.11/.16(05)

Кровообіг та гемостаз
Науково-практичний журнал

Засновники

Державна установа «Інститут геронтології
АМН України»;
Українська асоціація «Мікроциркуляція,
гемореологія, тромбоутворення»

Рекомендовано до друку

Вченою радою Державної установи
«Інститут геронтології АМН України»
(протокол № 4 від 27.05.2011 р.)

Журнал внесено до переліку фахових видань
з медичних наук, Постанова Президії ВАК
України. Протокол № 3-05/7 від 30.06.2004 р.,
перелік 14

Літературний редактор

Т.І. Борисова

Дизайн та верстка

О.В. Авдєєнко

Видавець

Українська асоціація «Мікроциркуляція,
гемореологія, тромбоутворення»
04114, Київ, вул. Вишгородська, 67

Тел.: +38 (044) 431-05-29,

Факс: +38 (044) 432-86-77

E-mail: vadishchuk@ukr.net

vshatilo@ukr.net

http: //www.circhem.ogr.ua

Реєстраційне свідоцтво

КВ № 8754 від 18.05.2004 р.

Наклад

1000 прим.

Ум. друк. арк. 14,88. Зам. № 188.

Надруковано в

ТОВ «АЯКС ПРІНТ»

04074, м. Київ, вул. Бережанська, 4

Кровообіг та гемостаз

Кровообращение и гемостаз

Circulation and haemostasis

Науково-практичний журнал

Головний редактор

О.В. Коркушко

Заступники головного редактора

В.Ю. Лішневська, В.Б. Шатило

Редакційна колегія

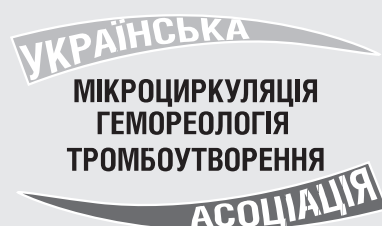
К.М. Амосова, О.Я. Бабак, В.В. Безруков, Г.В. Дзяк, Д.Д. Зербино,
В.М. Коваленко, Є.Л. Мачерет, В.З. Нетяженко, В.Ф. Сагач

Редакційна рада

Н. Антонова	(Болгарія)
В.О. Бобров	(Україна)
І.М. Бокарев	(Росія)
В.А. Візір	(Україна)
В.І. Волков	(Україна)
В.К. Гаврисюк	(Україна)
О.С. Гавриш	(Україна)
В.С. Гуревич	(Росія)
Н.М. Кіпшидзе	(Грузія)
А. Кіряков	(Болгарія)
М.Ю. Коломоєць	(Україна)
М.І. Лутай	(Україна)
В.П. Міщенко	(Україна)
С.М. Поливода	(Україна)
О.М. Пархоменко	(Україна)
Є.В. Ройтман	(Росія)
Ю.М. Сіренко	(Україна)
В.О. Шумаков	(Україна)

Відповідальний секретар

В.О. Іщук

Журнал видається за підтримки компанії Фармак®

Відповідальність за добір та ви-
кладення фактів у статтях несуть
автори, за зміст рекламних мате-
ріалів – рекламодавці

Усі права стосовно опублікованих
статей належать видавцю. Передрук
можливий за згоди редакції та з
посиланням на джерело

До друку приймаються наукові мате-
ріали, що відповідають вимогам до
публікацій, викладеним у даному
виданні

Матеріали друкуються українською,
російською та англійською мовами.
Рукописи рецензуються

ЗМІСТ

М.Т. Ватутін, Н.В. Калінкіна, О.І. Басов, Є.В. Дзюба, С.О. Антонюк, Т.Д. Бахтєєва Синдром електрокардіостимулятора	5	В.А. Візір, О.Є. Березін Діагностичне та прогностичне значення кардіотрофіну-1 при серцевій недостатності	69
Ю.А. Чорна, Л.О. Мартим'янова, М.І. Яблучанський Типи ортостатичних реакцій діастолічного артеріального тиску та функціональні показники кровообігу в пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь	12	Т.В. Наземець, А.В. Ляшенко, Т.І. Гавриленко Залежність рівнів амінотермінального фрагмента промозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP) від показників основних клініко-демографічних, інструментальних і лабораторних досліджень, індексу якості життя та шкали оцінки клінічного стану у пацієнтів різних груп з хронічною серцевою недостатністю	77
Л.М. Єна, І.В. Мудрук, В.Є. Кондратюк Структурно-функціональний стан серця та його взаємозв'язок з електричною негомогенністю міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію із супутньою фібриляцією передсердь	17	О.Д. Кучеренко Лікування гіпертонічного кризу в клінічній практиці	82
Г.М. Фомич Терапія аміодароном та ортостатичні реакції частоти шлуночкових скорочень у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь	23	Н.І. Питецька, О.М. Ковальова Особливості виявлення чинників підвищення артеріального тиску в хворих на артеріальну гіпертензію	91
І.Ю. Рибальченко, М.І. Яблучанський Тривалість комплексу QRS у пацієнтів з фібриляцією передсердь	27	А.Л. Філіпюк, О.М. Радченко Вживаність пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця залежно від типу адаптаційної реакції	96
В.В. Батушкін, А.І. Гема, В.В. Кузьменко, В.Л. Мальчевський, Т.С. Чичерова Судинно-тромбоцитарний та протизапальний вплив клопідогреля у високих дозах на ранній та відстрочений прогноз гострого інфаркту міокарда	32	С.І. Сміян, Ж.О. Антюк, Р.Р. Коморовський, У.С. Слаба, С.В. Соліляк Оцінка чинників серцево-судинного ризику в хворих з подагрою	101
О.В. Коркушко, В.Ю. Лишневська, Л.А. Бодрецька, Г.В. Дужак, В.Н. Славнов, Г.А. Зубкова Порушення перфузії шкіри та функції ендотелію у хворих похилого віку з цукровим діабетом II типу та облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок	42	О.М. Беловол, Л.Р. Боброннікова, Л.В. Журавльова Вплив імунометаболічних розладів на морфофункціональний стан міокарда у пацієнтів з гіпертонічною хворобою	105
О.В. Синяченко, Л.М. Антонова, Є.Д. Єгудіна Зміни реологічних властивостей крові при ураженні центральної нервової системи у хворих на анкілозивний спондиліт	53	Е.О. Асанов Застосування фіксованої комбінації селективного β-адреноблокатора та тіазидного діуретика у пацієнтів літнього віку з гіпертонічною хворобою	109
В.В. Батушкін Покращання прогнозу перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих, які перенесли інсульт, шляхом призначення ФленоксуTM: корекція порушень коагуляційного гемостазу та вплив на зміни функції ендотелію	57	І.М. Хомазюк, Н.В. Курсіна Особливості змін доплєрехокардіографічних показників під час тривалого лікування учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, які перенесли інфаркт міокарда	115
О.О. Луцак, А.В. Ляшенко, Г.В. Пономарьова, Л.Г. Воронков Оцінка якості життя хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від показників клініко- інструментальних досліджень, особливостей фармакотерапії, фізичної активності і наявності ознак депресії за даними стандартизованого анкетування	64	Т.А. Сікорська Вплив метаболічної терапії на функціональний стан міокарда при фізичному навантаженні у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, поєднаною з хронічною ішемією мозку	121
		Ювілей В.Б. Шатило	126

УДК 615.22:616.12-008.313-021.2:616.12.008.31

А.Н. Фомич

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Терапия амиодароном и ортостатические реакции частоты желудочковых сокращений у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий

АННОТАЦИЯ

Изучено влияние амиодарона на частоту различных типов ортостатических реакций (ОР), частоту желудочковых сокращений (ЧЖС) и изменения клинических признаков постоянной фибрилляции предсердий (ФП) продолжительностью 6 ± 5 лет у 44 пациентов (20 мужчин и 24 женщины) в возрасте 55 ± 15 лет. Терапия основывалась на Рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов 2010 г. Пациентов обследовали до, спустя 2 нед, 1 мес и 6 мес от начала лечения. У пациентов с ФП встречались все типы ОР ЧЖС. Терапия амиодароном способствовала значительному уменьшению функционального класса ФП и исчезновению квалифицированных позитивных и негативных ОР ЧЖС при росте частоты отсутствующих, что необходимо учитывать при ее назначении.

Ключевые слова:

ортостатические реакции, частота желудочковых сокращений, фибрилляция предсердий, амиодарон.

Амиодарон – одно из основных средств терапии фибрилляции предсердий (ФП). Показания к его клиническому применению в последнее время расширились, и он стал также использоваться для долгосрочного контроля частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) при постоянной форме ФП [1, 3, 5, 6].

Амиодарон является единственным эффективным противоаритмическим препаратом, который можно безопасно назначать пациентам с органическими заболеваниями сердца, в том числе с сердечной недостаточностью (СН) I–IV функциональных классов (ФК) по NYHA [5].

В терапии антиаритмическими препаратами важен не только контроль ЧЖС, но и сохранение физиологических реакций регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы (ССС). В этой связи представляется интересным исследование влияния амиодарона на ортостатические реакции (ОР) ЧЖС у пациентов с ФП, которое практически не изучено.

Цель работы – изучение частоты встречаемости различных типов ОР ЧЖС и изменений клинических признаков ФП на этапах терапии амиодароном.

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы «Розробка та дослідження системи авто-

матичного керування варіабельністю серцевого ритму» (номер государственной регистрации 0109U000622).

Материалы и методы исследования

На базе кардиологического отделения центральной клинической больницы «Укрзалізня» и городской поликлиники № 6 обследованы 44 пациента (20 мужчин и 24 женщины) в возрасте 55 ± 15 лет. Все пациенты имели постоянную форму ФП продолжительностью 6 ± 5 лет, артериальную гипертензию (АГ) и стабильную стенокардию. АГ 1-й степени наблюдалась у 7, 2-й степени – у 14, 3-й степени – у 23 пациентов. Гипертоническая болезнь II стадии была диагностирована у 33, III – у 11 пациентов. ИБС выявлена у 44 пациентов. Стабильная стенокардия напряжения I ФК была у 15, II – у 29, III ФК не было. Три пациента имели постинфарктный кардиосклероз, 41 – диффузный. У 5 пациентов была СН I ФК, у 25 – СН II ФК, у 14 – СН III ФК. СН I стадии диагностирована у 29, II – у 15 пациентов, IIБ и III стадии не отмечено.

В исследование не включали пациентов со стабильной стенокардией напряжения IV ФК, острым коронарным синдромом, СН IV ФК.

Регистрацию ЭКГ производили на компьютерном электрокардиографе «Cardiolab+2000». АД измеряли по методу Короткова тонометром Microlife BP2B10.

ОР ЧЖС оценивали по данным ее измерений на 3-й минуте клиностаза (лежа) и на 3-й минуте после перехода в ортостаз (стоя). Изменения ЧЖС в диапазоне до $\pm 5\%$ классифицировали как отсутствие ОР ЧЖС, увеличение на 5% и более – как позитивный и снижение на 5% и более – как негативный тип ОР ЧЖС. Увеличение или снижение ОР ЧЖС на $\geq 15\%$ классифицировали как квалифицированное.

Всем пациентам проводили антиаритмическую монотерапию амиодароном (терапия основывалась на Рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов 2010 г. [5]). По показаниям пациентам дополнительно назначали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, статины, диуретики, нитраты. Все пациенты принимали один из антитромботических препаратов (варфарин, ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрель) или комбинацию АСК и клопидогреля.

Пациентов обследовали до, спустя 1 мес и 6 мес от начала лечения. Их распределяли в группы в зависимости от проявляемого типа ОР ЧЖС: позитивный, отсут-

ствующий, негативный. В выделенных группах сравнивали распространенность различных типов ОР ЧЖС на этапах терапии.

В группах пациентов рассчитывали частотное соотношение разных уровней и типов ЧЖС. Данные заносили в базу Microsoft Excel 2010.

Статистическую оценку результатов проводили параметрическими с оценкой среднего (М) и стандартного отклонения (sd) и непараметрическими с оценкой частоты в процентах (Р) и ее ошибки (р) методами.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице представлены полученные нами данные об изменениях частоты встречаемости основных клинических признаков у пациентов с ФП на этапах лечения амиодароном в зависимости от типа ОР ЧЖС.

На этапах терапии амиодароном отмечалось уменьшение частоты позитивных ОР ЧЖС (от 48 до 39%) и негативных (от 35 до 22%) за счет роста частоты отсутствующих (от 17 до 39%). Частота неблагоприятных квалифицированных (как позитивных, так и негативных) снижалась от 18% и 37% до 0%.

До начала терапии у 78% пациентов имел место III ФК ФП: в 39% с позитивным, в 22% – негативным и в 17% –

Таблица

Частота встречаемости различных типов ОР ЧЖС (Р $\pm$ р, %) и изменения клинических признаков ФП при терапии амиодароном

Показатель		Этап терапии									
		До лечения			1 мес			6 мес			
		Позитив.	Отс.	Негатив.	Позитив.	Отс.	Негатив.	Позитив.	Отс.	Негатив.	
Тип ОР ЧЖС		48±7	17±5	35±7	33±8	28±8	39±9	39±9	39±9	22±7	
ФП, ФК	I	–	–	4±2	11±5	5±3	–	17±6	5±3	–	
	II	9±4	–	9±4	17±6	11±5	33±8	22±7	23±7	17±6	
	III	39±7	17±5	22±6	5±3	11±5	6±4	–	11±5	5±3	
Класс контроля ФП (в покое)	Жесткий (≤80)		4±2	4±2	4±2	20±7	11±5	6±4	24±7	22±7	5±3
	Мягкий (≤110)		35±7	13±5	22±6	11±5	17±6	17±6	15±6	17±6	13±5
	Вне	<60	–	–	–	2±2	–	11±5	–	–	4±3
		>110	9±4	–	9±4	–	–	5±3	–	–	–
АГ, степень	1-я		9±4	7±3	–	17±6	17±6	6±4	28±8	26±7	10±5
	2-я		17±5	–	18±5	5±3	6±4	18±6	11±5	13±6	10±5
	3-я		22±6	10±4	17±5	11±5	5±3	15±6	–	–	2±2
Стабильная стенокардия, ФК	I		22±6	4±2	9±4	17±6	13±5	19±7	26±7	23±7	7±4
	II		26±6	13±5	26±6	16±6	15±6	20±7	13±5	16±6	15±6
	III		–	–	–	–	–	–	–	–	–
СН, ФК	0		3±2	–	–	3±3	–	–	9±5	–	–
	I		5±3	–	6±3	2±2	14±6	6±4	15±6	15±6	7±4
	II		35±7	8±4	12±4	28±8	9±5	16±6	15±6	15±6	7±4
	III		5±3	9±4	17±17	–	5±3	17±6	–	9±5	8±4

с отсутствующим типами ОР ЧЖС, у 18% – II ФК: ФП в 9% с позитивным и 9% – негативным типами ОР ЧЖС, у 4% – I ФК ФП только с негативным типом ОР ЧЖС. В ходе лечения доля пациентов с III ФК ФП сократилась от 78 до 16% за счет увеличения доли II ФК ФП от 18 до 62% и I ФК ФП от 4 до 22%. Одновременно с этим отмечалось нарастание частоты невалифицированных ОР ЧЖС.

До начала терапии 18% пациентов находились по ЧЖС вне контроля ФП (ЧЖС > 110 в 1 мин): в 9% с позитивным и 9% – негативным типами ОР ЧЖС; 70% – в группе мягкого контроля: в 35% с позитивным, 22% – негативным и 13% – отсутствующим типами ОР ЧЖС и только 12% пациентов – в группе жесткого контроля (по 4% на каждый тип ОР ЧЖС). В ходе лечения доля пациентов в группе жесткого контроля возросла с 12 до 51%; у 24% был позитивный, у 22% – негативный и у 5% – отсутствующий типы ОР ЧЖС. В группе мягкого контроля отмечалось сокращение доли пациентов с 70 до 45%, с одновременным ростом частоты отсутствующих ОР ЧЖС с 13 до 17% за счет снижения частоты позитивных ОР ЧЖС с 35 до 15%, все из которых стали физиологичными невалифицированными. В ходе лечения доля пациентов вне контроля ФП, имевших ЧЖС > 110 в 1 мин, сократилась с 18 до 0%, а 4% пациентов перешли в группу вне контроля ФП с ЧЖС < 60 в 1 мин, причем все они имели негативный тип ОР ЧЖС.

До начала терапии у 49% пациентов отмечали АГ 3-й степени, из них у 22% с позитивным, у 17% – негативным и у 10% – отсутствующим типами ОР ЧЖС, у 35% была АГ 2-й степени: у 17% с позитивным, у 18% – негативным типами ОР ЧЖС и только у 16% – АГ 1-й степени: у 9% с позитивным и у 7% – отсутствующим типами ОР ЧЖС. В ходе лечения доля пациентов с АГ 3-й степени сократилась от 49 до 2%, все с негативным типом ОР ЧЖС, со 2-й степенью – осталась прежней: у 13% с отсутствующим, у 11% – позитивным и у 10% – негативным типами ОР ЧЖС, доля пациентов с АГ 1-й степени возросла от 16 до 64%: у 28% с позитивным, у 26% – негативным и у 10% – отсутствующим типами ОР ЧЖС.

До начала терапии у 65% пациентов имела место стабильная стенокардия II ФК: у 26% с позитивным и у 26% – негативным типами, у 13% был отсутствующий тип ОР ЧЖС. В ходе лечения доля пациентов со II ФК стабильной стенокардии сократилась с 65 до 44%: у 16% с отсутствующим, у 15% – негативным и у 13% – позитивным типами ОР ЧЖС. Доля пациентов с I ФК стабильной стенокардии увеличилась с 35 до 56%: у 26% с позитивным, у 23% – отсутствующим и у 15% – с негативным типами ОР ЧЖС.

До начала терапии у 31% пациентов отмечали III ФК СН: в 17% случаев с негативным, в 9% – отсутствующим и в 5% – с позитивным типами ОР ЧЖС, у 55% был II ФК СН: в 35% случаев с позитивным, в 12% – негативным и в 8% – с отсутствующим типами ОР ЧЖС, у 11% I ФК СН: в 6% случаев с негативным и в 5% – позитивным типами ОР ЧЖС. В ходе лечения доля пациентов с СН III ФК сократилась с 31 до 17%, все имели нефизиологичный отсутствующий и негативный тип ОР ЧЖС (9 и 8% соот-

ветственно), а с I ФК СН возросла с 11 до 37%: по 15% с позитивным и отсутствующим и 7% с негативным типами ОР ЧЖС. В ходе лечения наибольшее перераспределение доли пациентов в сторону уменьшения ФК СН наблюдалось в группе с позитивной ОР ЧЖС. Так, у пациентов с I ФК СН частота позитивных ОР ЧЖС увеличилась с 5 до 15% и возросла доля пациентов с ФК СН 0 с 3 до 9%.

Полученные данные о частоте встречаемости ЧЖС при ФП в целом соответствуют данным литературы [2, 4]. Наше исследование показало, что при ФП наиболее распространенным является позитивный тип ОР ЧЖС (41%), более редким – негативный (34%) и еще более редким – отсутствующий (25%).

В литературе мы не нашли данных об изменениях частоты встречаемости различных типов ОР ЧЖС у пациентов с ФП при лечении амиодароном.

Наше исследование показало, что при лечении амиодароном существенно сокращается частота неблагоприятных квалифицированных позитивных и негативных ОР ЧЖС. Несмотря на то, что за 6 мес терапии нам удалось сократить количество квалифицированных ОР ЧЖС как позитивных, так и негативных до 0, отмечался рост частоты отсутствующих ОР ЧЖС, вероятно, за счет высокой индивидуальности ОР ЧЖС. При длительной терапии амиодароном необходим контроль ОР ЧЖС с индивидуальным подбором дозы и комбинаций с препаратами, увеличивающими долю позитивных ОР ЧЖС, во избежание чрезмерного подавления ОР ЧЖС.

За 6 мес терапии произошло уменьшение степеней тяжести и ФК ФП, АГ, стабильной стенокардии и СН. При этом значительно возросла доля пациентов в группе жесткого контроля ФП (с 12 до 51%) и сократилось – вне контроля ФП с ЧЖС > 110 в 1 мин (с 18 до 0%). В ходе лечения сформировалась группа пациентов вне контроля ФП с ЧЖС < 60 в 1 мин и негативным типом ОР ЧЖС (4%), однако эти изменения не были критичными.

Выводы

1. У пациентов с ФП встречаются все типы ОР ЧЖС с преобладанием позитивных (41%) над негативными (34%) и отсутствующими (25%). Наблюдается высокая частота квалифицированных негативных (40%) и позитивных (27%) ОР ЧЖС.

2. Пациенты с позитивным типом ОР ЧЖС показали наилучший ответ на терапию амиодароном (количество пациентов в группе жесткого контроля возросло с 4 до 24% и с I ФК ФП с 0 до 17%).

3. Терапия амиодароном привела к значительному уменьшению ФК ФП и исчезновению квалифицированных позитивных и негативных ОР ЧЖС при росте частоты отсутствующих.

4. Амиодарон можно использовать в терапии ФП при всех типах ОР ЧЖС, однако необходимо учитывать возможное чрезмерное подавление ОР ЧЖС с падением ЧЖС < 60 в 1 мин, которое может потребовать коррекции медикаментозной терапии.

Перспективным является дальнейшее изучение влияния амиодарона и других антиаритмических препаратов

на ортостатические реакции частоты желудочковых сокращений и изменение клинических признаков ФП у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий для улучшения качества ее диагностики и лечения.

Список литературы

1. Дзяк Г.В. Фибрилляция предсердий / Г.В. Дзяк // Здоров'я України. – Вересень 2009. – С. 15–16.
2. Мартимьянова Л.А. Устойчивость параметров вариабельности сердечного ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии в пятиминутных интервалах измерений / Л.А. Мартимьянова, Н.В. Макиенко // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, серія «Медицина». – 2000. – Вып. 1, № 494. – С. 71–75.
3. Сулимов В.А. Амиодарон как средство неотложного лечения нарушений ритма сердца / В.А. Сулимов, М.Ю. Гиляров // Здоров'я України. – 2009. – № 20 (225). – С. 30.
4. Яблучанський М.І. Особливості клінічних ознак і структура варіабельності серцевого ритму у хворих миготливою аритмією з різними типами ортостатичних частото адаптивних реакцій / М.І. Яблучанський, Л.О. Мартим'янова // Галицький лікарський вісник. – 2001. – № 4 (8). – С. 118–120.
5. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)/ A. John Camm (Chairperson, Paulus Kirchhof, Gregory Y.H. Lip [et al.] // Eur. Heart J. – 2010. – № 31. – P. 2369–2429.
6. Increased mortality after dronedarone therapy for severe heart failure / L. Kober, J. Murray, O. Gotzsche et al. // The New England Journal of Medicine. – 2008. – Vol. 358. – P. 2678–2687.

Терапія аміодароном та ортостатичні реакції частоти шлуночкових скорочень у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь

Г.М. Фомич

РЕЗЮМЕ. Вивчено вплив аміодарону на частоту різних типів ортостатичних реакцій (ОР), частоту шлуночкових скорочень (ЧШС) і зміни клінічних ознак постійної фібриляції передсердь (ФП) тривалістю 6±5 років у 44 пацієнтів (20 чоловіків і 24 жінки) віком 55±15 років. Терапія ґрунтувалася на Рекомендаціях Європейської асоціації кардіологів 2010 р. Пацієнтів обстежували до, через 2 тиж, 1 міс і 6 міс від початку лікування. У пацієнтів з ФП зустрічалися всі типи ОР ЧШС. Терапія аміодароном сприяла значному зменшенню функціонального класу ФП і зникненню кваліфікованих позитивних і негативних ОР ЧШС при зростанні частоти відсутніх, що необхідно враховувати при її призначенні.

Ключові слова: ортостатичні реакції, частота шлуночкових скорочень, фібриляція передсердь, аміодарон.

Amiodarone therapy and orthostatic response of ventricular rate in patients with persistent atrial fibrillation

G.M. Fomych

SUMMARY. The effect of amiodarone on the occurrence of different types of ventricular contraction rate (VCR) orthostatic reactions (OR) and clinical signs of permanent form of atrial fibrillation in 44 patients (20 men and 24 women) aged 55±15 years with the duration of AF 6±5 years was studied. The therapy was based on the 2010 year recommendations of the European Association of Cardiologists. Patients were examined before, in 2 weeks, 1 month and 6 months after the beginning of treatment. In patients with AF all types of VCR OR were observed. Therapy with amiodarone has led to the significant decrease of AF functional class and to the disappearance of qualified positive and negative VCR OR against an increased frequency of the absent OR of VCR. We recommend that these findings should be considered in prescribing this medication.

Key words: orthostatic reaction, heart rate, atrial fibrillation, amiodarone.

Адрес для переписки:

Анна Николаевна Фомич

Харьковской национальной университет им. В.Н. Каразина

61018, Харьков, пер. Балакирева, 5