ISSN 1818-5428

МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТУ УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

№1(41) 2012

- ЖУРНАЛУ «МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТУ УКРАЇНИ» — 10 РОКІВ
- МЕДИЦИНА НА ЗАЛІЗНИЧНОМУ ТРАНСПОРТІ УКРАЇНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ
- ЛІКУВАННЯ АРИТМІЙ

WWW.MZTU.COM.UA

MEDICINE OF UKRAINIAN TRANSPORT

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Міністерство інфраструктури України
Державна адміністрація залізничного транспорту України
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТУ УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить 4 рази на рік

Заснований у березні 2002 року

№ 1 (41), березень 2012 р.

Журнал «Медицина транспорту України»
внесено до переліку фахових видань України з медичних наук
Додаток до постанови президії ВАК України № 1-05/4 від 26.05.2010 р.

Київ
ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ»
2012

ЗМІСТ

Журналу «Медицина транспорту України» — 10 років 5

Передова стаття

І.С. Ткачук
Медицина на залізничному транспорті України: діяльність в умовах реформування 6

Оригінальні дослідження

Г.М. Фомич, М.І. Яблучанський, Л.О. Мартим'янова, О.О. Івлева
Ортостатичні реакції частоти шлуночкових скорочень і контроль фібриляції передсердь за річної терапії бета-адреноблокаторами, аміодароном та їх комбінацією 9

О.О. Ханюков
Рівень С-реактивного білка плазми крові та стан системи цитокінів у хворих з мультифокальним атеросклерозом і цукровим діабетом 15

С.О. Мунтян, М.В. Трофімов, В.П. Кришень
Мікробіологічний пейзаж слизової оболонки періульцерозної зони при кровоточивій виразці шлунка та дванадцятипалої кишки 19

Є.Д. Хворостов, О.І. Цівенко, А.О. Носенко
Удосконалення хірургічної тактики в пацієнтів із гострою кишковою непрохідністю пухлинного генезу 24

Ю.А. Чорна, Н.Ю. Усань
Вплив комбінації аміодарону та бета-адреноблокатора на ортостатичні реакції артеріального тиску і клінічні показники гемодинаміки в пацієнтів із постійною формою фібриляції передсердь 28

І.В. Богданова
Оцінка змін вмісту біогенних елементів у плазмі крові пацієнтів із хворобою Паркінсона 34

Практика і досвід

О.В. Солєйко, О.Р. Безугла, І.В. Баранова, В.В. Довгань
Оцінка ефективності антигіпертензивної терапії у працівників Південно-Західної залізниці: чи діє «правило половини»? 39

А.Е. Дорофєєв, І.В. Василенко, М.М. Руденко, А.Б. Чуков, Т.Д. Бахтєєва, О.О. Рассохина, О.В. Томаш, О.Є. Супрун, О.А. Васильченко, Н.В. Супрун, Я.В. Гетьман, Н.І. Жуковська
Безпека застосування диклофенаку та мелоксикаму у хворих на деформуючий остеоартроз у поєднанні із синдромом подразненого кишечнику 44

І.Е. Малиновська, В.О. Шумаков, Л.П. Терешкевич, Л.С. Прохна
Роль інгібіторів АПФ у підвищенні ефективності відновлювального лікування хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда 49

І.О. Талалаєнко, С.К. Боєнко, О.О. Савченко, Т.Г. Шевченко
Значення оцінки особливостей будови структур остіомеатального комплексу у хворих із хронічними синуситами 57

Р.П. Кнут, Р.І. Сидорчук, О.Й. Хомко, В.К. Гродецький, С.І. Бойчук, Б.О. Хомко
Синдром хронічного пахвинного болю в пластиці пахвинних гриж 64

УДК 616.12-021.2:616.12.008.31

Г.М. Фомич[1], М.І. Яблучанський[1], Л.О. Мартим'янова[1], О.О. Івлева[2]

Ортостатичні реакції частоти шлуночкових скорочень і контроль фібриляції передсердь за річної терапії бета-адреноблокаторами, аміодароном та їх комбінацією

[1]Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
[2]ДЛПЗ «Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці», м. Харків

Ключові слова: ортостатичні реакції, частота шлуночкових скорочень, фібриляція передсердь, клас EHRA, антиаритмічні препарати, аміодарон, бета-адреноблокатори.

Фібриляція передсердь (ФП) — найпоширеніший вид аритмій, зустрічається в 1—2 % людей у загальній популяції. Сьогодні на ФП страждають більше 6 млн європейців [7]. ФП в 5 разів збільшує ризик розвитку інсульту [7], часто асоційована з ішемічною хворобою серця (ІХС), клапанними вадами серця, серцевою недостатністю (СН), кардіоміопатіями, артеріальною гіпертензією (АГ) [6], із вищою загальною смертністю, погіршенням якості життя хворих та збільшенням витрат на лікування в 1,5 разу [3].

Визначення ортостатичних реакцій (ОР) — один з інформативних методів оцінки стану й виявлення прихованих змін з боку серцево-судинної системи (ССС) [8]. У терапії антиаритмічними препаратами важливий не тільки контроль частоти шлуночкових скорочень (ЧШС) і класу EHRA ФП, а й збереження фізіологічних реакцій регуляторних механізмів ССС. У зв'язку з цим видається цікавим практично не вивчене питання впливу бета-адреноблокаторів (БАБ), аміодарону та їх комбінації на клінічний перебіг ФП й частоту різних типів ОР ЧШС.

Мета роботи — вивчення значення поширеності ОР ЧШС при контролі ФП через рік від початку терапії БАБ, аміодароном та їх комбінацією.

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Розробка та дослідження системи автоматичного керування варіабельністю серцевого ритму», номер державної реєстрації 0109U 000622.

Матеріали та методи

На базі кардіологічного відділення Центральної клінічної лікарні «Укрзалізниці» та Міської поліклініки № 6 обстежено 132 пацієнтів (60 чоловіків і 72 жінки) віком (55 ± 15) років. Усі хворі мали постійну форму ФП давністю (6 ± 5) років, АГ і стабільну стенокардію.

За класифікацією пов'язаних із ФП симптомів, EHRA I була в 4 %, EHRA II — у 18 % і EHRA III — у 78 % пацієнтів. Стабільна стенокардія напруги I функціонального класу (ФК) (за класифікацією Канадського товариства кардіологів) спостерігалась у 35 %, II ФК — у 65 % пацієнтів, III ФК не було. У 5 % пацієнтів в анамнезі був інфаркт міокарда (ІМ). У 16 % хворих наявна АГ I ступеня, у 35 % — II і у 49 % — III ступеня. АГ I стадії діагностовано у 13 %, II — у 77 % і III — у 10 % пацієнтів. У 97 % осіб наявні симптоми СН. За класифікацією М.Д. Стражеска — В.Х. Василенка, СН I стадії діагностовано у 30 %, II А — у 70 %, IIБ і III стадії не було. За класифікацією NYHA, у 11 % хворих була СН I ФК, у 58 % — СН II ФК, у 31 % — СН III ФК. 5 % пацієнтів перенесли порушення мозкового кровообігу.

Групу порівняння склали 73 пацієнтів (43 чоловіків і 30 жінок) з СР без ФП в анамнезі тієї ж вікової категорії ((55 ± 15) років), що і група спостереження. Стабільна стенокардія напруги I ФК була у 37 %, II ФК — у 63 % пацієнтів, III ФК не було. У 4 % хворих в анамнезі ІМ. У 20 % осіб наявна АГ I ступеня, у 35 % — II і у 45 % — III ступеня. АГ I стадії діагностовано у 15 % обстежених, II — у 75 % і III — у 10 %. У 90 % пацієнтів наявні симптоми СН. За класифікацією М.Д. Стражеска — В.Х. Василенка, СН I стадії діагностовано у 35 % хворих, II А — у 65 %, IIБ і III стадії не було. За класифікацією NYHA, у 15 % пацієнтів була СН I ФК, у 54 % — СН II ФК, у 31 % — СН III ФК. 7 % хворих перенесли порушення мозкового кровообігу.

У дослідження не залучали пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги IV ФК, гострим коронарним синдромом, СН IV ФК.

Реєстрація ЕКГ проводилася на комп'ютерному електрокардіографі «Cardiolab + 2000». АТ

вимірювали за методом Короткова тонометром Microlife BP2BI0.

ОР ЧШС оцінювали за даними її вимірів на 3 хв клиностазу (лежачи) і на 3 хв після переходу в ортостаз (стоячи). Зміни ЧШС в діапазоні до ± 5 % класифікували як відсутність ОР ЧШС, збільшення на 5 % і більше — як позитивний і зниження на 5 % і більше — як негативний тип ОР ЧШС. Збільшення або зниження ОР ЧШС на ≥ 15 % класифікували як кваліфіковане.

Усім пацієнтам проводили антиаритмічну терапію (терапія ґрунтувалася на Рекомендаціях європейської асоціації кардіологів 2010 року [7]). За потреби додатково призначали інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, антагоністи рецепторів ангіотензину II, дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів, статини, діуретики, нітрати. Усі пацієнти приймали один з антитромботичних препаратів (варфарин, ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрель) або комбінацію АСК і клопідогрелю.

Пацієнтів обстежували до лікування, через 1 міс, 6 міс і 1 рік від початку терапії.

Хворих поділили на групи залежно від визначуваного типу ОР ЧШС: позитивний, негативний та його відсутність.

У групах пацієнтів розраховували частотне співвідношення різних рівнів і типів ЧШС, оцінювалася якість контролю ЧШС і клас EHRA ФП на етапах терапії. Дані заносили в базу Microsoft Excel 2010.

Статистичний аналіз результатів здійснювали параметричними з оцінкою середнього (M) і стандартного відхилення (sd) і непараметричними з оцінкою частоти у відсотках (P) і її помилки (Sp) методами.

Результати та обговорення

До початку терапії у 78 % пацієнтів був III клас EHRA ФП: у 39 % з позитивним, у 22 % — з негативним і в 17 % — з відсутнім типом ОР ЧШС; у 18 % — II клас EHRA ФП: у 9 % з позитивним і в 9 % — з негативним типом ОР ЧШС; у 4 % — I клас EHRA ФП тільки з негативним типом ОР ЧШС. 18 % пацієнтів за ЧШС перебували поза контролем ФП (ЧШС > 110 за 1 хв): у 9 % з позитивним і в 9 % — з негативним типом ОР ЧШС; 70 % — у групі м'якого контролю: у 35 % з позитивним, у 22 % — з негативним і в 13 % — з відсутнім типом ОР ЧШС; нарешті, лише 12 % пацієнтів були у групі жорсткого контролю (по 4 % на кожен тип ОР ЧШС) [4].

У табл. 1 наведено отримані нами дані про частоту зустрічальності різних типів ОР ЧШС і зміни класу контролю ЧШС і EHRA на етапах терапії бета-адреноблокаторами в пацієнтів з ФП.

У процесі терапії БАБ спостерігалося зростання частоти позитивних ОР ЧШС (із 48 % до 77 %) при одночасному збільшенні частоти кваліфікованих (із 18 % до 35 %) за рахунок зниження частоти негативних (із 35 % до 9 %) і відсутніх (із 17 % до 14 %). Відбувався поступовий перерозподіл пацієнтів від важчого III класу EHRA ФП до II і I. У результаті кількість хворих з III класом EHRA ФП скоротилася із 78 % до 4 % за рахунок зростання II (із 18 % до 60 %) і I (із 4 % до 36 %) ФК ФП. Зі зменшенням класу EHRA ФП тривало поступове зростання фізіологічних ОР ЧШС. Спостерігалося зростання частки пацієнтів у групі жорсткого контролю (із 12 % до 20 %), причому всі мали позитивний тип ОР ЧШС. Кількість хворих у групі м'якого контролю збільшилася (із 70 % до 74 %), у ній скоротилася частота негативних ОР ЧШС (із 22 % до 9 %) за рахунок зростання частоти пози-

Таблиця 1

Частота зустрічальності різних типів ОР ЧШС (% ± Sp) і контроль ФП при терапії БАБ

Показник	Етапи терапії								
	До			6 міс			1 рік		
Тип ОР ЧШС	Позитив. 48 ± 7	Відс. 17 ± 5	Негатив. 35 ± 7	Позитив. 75 ± 6	Відс. 12,5 ± 5	Негатив. 12,5 ± 5	Позитив. 77 ± 7	Відс. 14 ± 5	Негатив. 9 ± 4
Клас ФП (EHRA)									
I	—	—	4 ± 2	25 ± 6	—	12,5 ± 5	32 ± 6	4 ± 3	—
II	9 ± 4	—	9 ± 4	37,5 ± 8	—	—	45 ± 8	8 ± 4	7 ± 3
III	39 ± 7	17 ± 5	22 ± 6	12,5 ± 5	12,5 ± 5	—	—	2 ± 2	2 ± 2
Клас контролю ЧШС (у спокої)									
Жорсткий (≤ 80)	4 ± 3	4 ± 3	4 ± 3	20 ± 7	—	—	20 ± 7	—	—
М'який (≤ 110)	35 ± 7	13 ± 5	22 ± 6	50 ± 8	12,5 ± 5	—	54 ± 7	14 ± 5	9 ± 4
Поза									
< 60	—	—	—	—	—	12,5 ± 5	—	—	—
> 110	9 ± 4	—	9 ± 4	5 ± 3	—	—	3 ± 2	—	—

тивних (із 35 % до 54 %). Частка пацієнтів поза контролем ФП, що мали ЧШС > 110 за 1 хв, скоротилася з 18 % до 3 % (усі мали позитивний тип ОР ЧШС). Через 6 міс від початку терапії у 12,5 % пацієнтів спостерігалося зниження ЧШС < 60 за 1 хв, при цьому всі вони мали негативний тип ОР ЧШС. Ці зміни не були критичними, і після корекції дози БАБ усі хворі перейшли в групу м'якого контролю ЧШС.

У табл. 2 наведено отримані нами дані про частоту зустрічальності різних типів ОР ЧШС і зміни класу контролю ЧШС і EHRA на етапах терапії аміодароном залежно від типу ОР ЧШС.

У процесі терапії аміодароном відмічалося зменшення частоти позитивних ОР ЧШС (із 48 % до 42 %) і негативних (із 35 % до 19 %) за рахунок зростання частоти відсутніх (із 17 % до 39 %). Частота несприятливих кваліфікованих як позитивних, так і негативних знижувалася з 18 % і 37 % до 0 %. Частка хворих з III класом EHRA ФП скоротилася із 78 % до 14 % за рахунок збільшення частки II класу EHRA ФП з 18 % до 61 % і I класу з 4 % до 25 %. Водночас спостерігалося наростання частоти некваліфікованих ОР ЧШС. Частка пацієнтів у групі жорсткого контролю зросла з 12 % до 52 %, у 27 % був позитивний, у 4 % — негативний

Таблиця 2

Частота зустрічальності різних типів ОР ЧШС (% ± Sp) і контроль ФП при терапії аміодароном

Показник	Етапи терапії								
	До			6 міс			1 рік		
Тип ОР ЧШС	Позитив. 48 ± 7	Відс. 17 ± 5	Негатив. 35 ± 7	Позитив. 39 ± 7	Відс. 39 ± 7	Негатив. 22 ± 6	Позитив. 42 ± 7	Відс. 39 ± 7	Негатив. 19 ± 5
Клас ФП (EHRA)									
I	—	—	4 ± 2	17 ± 6	5 ± 3	—	20 ± 6	5 ± 3	—
II	9 ± 4	—	9 ± 4	22 ± 76	23 ± 6	17 ± 5	22 ± 6	24 ± 6	15 ± 5
III	39 ± 7	17 ± 5	22 ± 6	—	11 ± 4	5 ± 3	—	10 ± 4	4 ± 2
Клас контролю ЧШС (у спокої)									
Жорсткий (≤ 80)	4 ± 2	4 ± 2	4 ± 2	24 ± 7	22 ± 6	5 ± 3	27 ± 7	21 ± 7	4 ± 2
М'який (≤ 110)	35 ± 7	13 ± 5	22 ± 6	15 ± 5	17 ± 6	12 ± 4	15 ± 5	18 ± 5	15 ± 5
Поза									
< 60	—	—	—	—	—	5 ± 3	—	—	—
> 110	9 ± 4	—	9 ± 4	—	—	—	—	—	—

Таблиця 3

Частота зустрічальності різних типів ОР ЧШС (% ± Sp) і контроль ФП при терапії комбінацією аміодарону і БАБ

Показник	Етапи терапії								
	До			6 міс			1 рік		
Тип ОР ЧШС	Позитив. 48 ± 7	Відс. 17 ± 5	Негатив. 35 ± 7	Позитив. 47 ± 7	Відс. 44 ± 7	Негатив. 9 ± 5	Позитив. 49 ± 7	Відс. 43 ± 8	Негатив. 8 ± 4
Клас ФП (EHRA)									
I	—	—	4 ± 3	24 ± 6	19 ± 6	—	26 ± 6	21 ± 7	—
II	9 ± 4	—	9 ± 4	23 ± 6	21 ± 7	4 ± 3	23 ± 6	18 ± 5	4 ± 3
III	39 ± 8	17 ± 5	22 ± 6	—	4 ± 3	5 ± 2	—	4 ± 3	4 ± 3
Клас контролю ЧШС (у спокої)									
Жорсткий (≤ 80)	4 ± 3	4 ± 3	4 ± 3	30 ± 8	32 ± 8	—	31 ± 8	34 ± 7	5 ± 2
М'який (≤ 110)	35 ± 7	13 ± 5	22 ± 6	17 ± 5	12 ± 5	—	18 ± 5	9 ± 4	3 ± 2
Поза									
< 60	—	—	—	—	—	9 ± 4	—	—	—
> 110	9 ± 4	—	9 ± 4	—	—	—	—	—	—

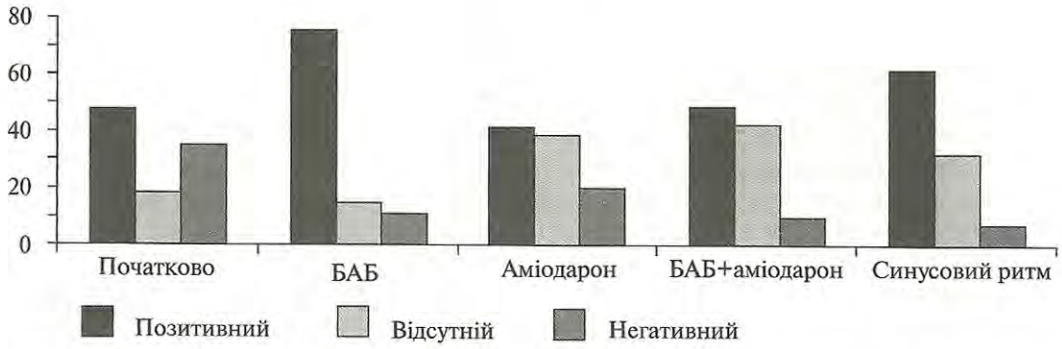

Рис. 1. Частота зустрічальності різних типів ОР ЧШС у пацієнтів з ФП початково, за річної антиаритмічної терапії та поширеність ОР ЧСС при СР

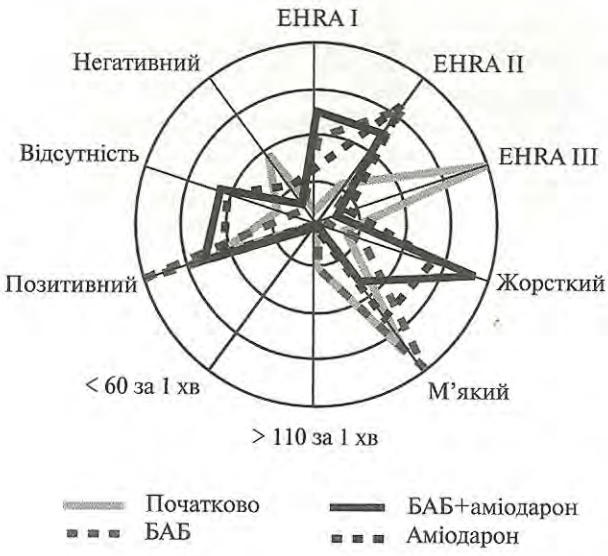

Рис. 2. Частота зустрічальності ОР ЧШС, розподіл класів тяжкості симптомів EHRA ФП і класів контролю ЧШС початково та за річної терапії БАБ, аміодароном і їх комбінацією

і у 21 % — відсутній тип ОР ЧШС. У групі м'якого контролю відзначалося скорочення частки пацієнтів із 70 % до 48 % з одночасним зростанням частоти відсутніх ОР ЧШС із 13 % до 18 % за рахунок зниження частоти позитивних ОР ЧШС із 35 % до 15 %. Усі вони стали фізіологічними некваліфікованими. У результаті частка хворих поза контролем ФП, що мали ЧШС > 110 за 1 хв, скоротилася з 18 % до 0 %, а пацієнти, які через 6 міс від початку терапії мали ЧШС < 60 за 1 хв (усі з негативним типом ОР ЧШС), перейшли до групи жорсткого і м'якого контролю ЧШС після корекції дози аміодарону.

У табл. 3 подано отримані нами дані про частоту зустрічальності різних типів ОР ЧШС і зміни класу контролю ЧШС і EHRA на етапах терапії комбінацією аміодарону і БАБ у пацієнтів з ФП.

У процесі терапії комбінацією аміодарону і БАБ частота позитивних ОР ЧШС істотно не змінилася (48 %—49 %), однак відзначалося зростання відсутніх (із 17 % до 43 %) за рахунок зниження частоти негативних (із 35 % до 8 %). Частота несприятливих кваліфікованих знизилася до 0 %. Частка пацієнтів з III класом EHRA ФП скоротилася із 78 % до 8 % за рахунок збільшення частки II з 18 % до 45 % і I з 4 % до 47 %. Одночасно з цим відбувалося наростання частоти некваліфікованих ОР ЧШС. Частка хворих у групі жорсткого контролю зросла із 12 % до 70 %, у 31 % був позитивний, у 34 % — відсутній та у 5 % — негативний тип ОР ЧШС. У групі м'якого контролю відзначалося скорочення частки пацієнтів із 70 % до 30 %, усі ОР ЧШС стали фізіологічними некваліфікованими. У результаті частка хворих поза контролем ФП, що мали ЧШС > 110 за 1 хв, скоротилася з 18 % до 0 %, а пацієнти, які через 6 міс від початку терапії мали ЧШС < 60 за 1 хв (усі з негативним типом ОР ЧШС), перейшли до групи жорсткого і м'якого контролю ЧШС після корекції дози аміодарону і БАБ.

Хоча отримані дані про частоту зустрічальності ЧШС при ФП в цілому відповідають іншим джерелам [1, 2, 5], наше дослідження показало, що при ФП найпоширеніший позитивний тип ОР ЧШС (41 %), рідше зустрічається негативний (34 %), а найбільш рідкісний відсутній (25 %).

У літературі ми не знайшли відомостей щодо змін частоти виникнення різних типів ОР ЧШС у пацієнтів з ФП при лікуванні БАБ, аміодароном та їх комбінацією.

Таким чином, наше дослідження показало, що антиаритмічні препарати різних груп неоднаково впливають на ОР ЧШС, ефективність контролю ЧШС і тяжкості симптомів EHRA ФП.

Найбільш прогностично сприятливими щодо частоти виникнення позитивних ОР ЧШС виявилися БАБ. У цій групі в результаті терапії кількість позитивних ОР ЧШС збільшилася, досягнувши такої при СР (рис. 1).

Стосовно зниження класу тяжкості симптомів EHRA ФП найефективнішою виявилася комбінація аміодарону і БАБ, унаслідок терапії якою вдалося досягти збільшення частки пацієнтів з класом EHRA I з 4 % до 47 % (більше половини з них мали позитивний тип ОР ЧШС). Монотерапія аміодароном і БАБ також призводила до зниження класу EHRA ФП, проте переважно до II (рис. 2).

Щодо класу контролю ЧШС при ФП найбільший перерозподіл пацієнтів у клас жорсткого контролю продемонструвала комбінація аміодарону і БАБ, у результаті терапії якою відзначалося зростання пацієнтів у цій групі із 12 % до 70 %. Найбільша кількість осіб у групі м'якого контролю ЧШС спостерігалася при терапії БАБ (рис. 2).

Унаслідок терапії аміодароном та комбінацією аміодарону і БАБ вдалося скоротити кількість пацієнтів із ЧШС > 110 за 1 хв з 18 % до 0%. Тільки при терапії БАБ 3 % пацієнтів залишилися в групі поза контролем із ЧШС > 110 за 1 хв.

У процесі терапії досліджуваними препаратами та їх комбінацією спостерігалося дозозалежне зниження ЧШС < 60 за 1 хв у пацієнтів з негативним типом ОР ЧШС.

Висновки

1. У пацієнтів із ФП зустрічаються всі типи ОР ЧШС з переважанням позитивних (41 %) над негативними (34 %) і відсутніми (25 %). Наявна висока частота кваліфікованих негативних (40 %) і позитивних (27 %) ОР ЧШС.

2. Антиаритмічні препарати різних груп неоднаково впливають на ОР ЧШС, ефективність контролю ЧШС і тяжкості симптомів ФП EHRA. Найбільш прогностично сприятливими щодо частоти виникнення позитивних ОР ЧШС виявилися БАБ, а терапія аміодароном призводила до повного зникнення кваліфікованих ОР ЧШС. Стосовно зниження класу тяжкості симптомів EHRA ФП до I і збільшення частки пацієнтів у групі жорсткого контролю найефективнішою виявилася комбінація аміодарону і БАБ. Найбільша кількість хворих у групі м'якого контролю з тяжкістю симптомів EHRA ФП II спостерігалась у випадку монотерапії БАБ.

3. Пацієнти з негативним типом ОР ЧШС потребують ретельного підбору та контролю доз аміодарону і БАБ для запобігання надмірного зниження ЧШС.

Література

1. Макиенко Н.В. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности и эффективность терапии постоянной формы фибрилляции предсердий амиодароном и его комбинацией с бета-адреноблокаторами у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Н.В. Макиенко // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (Серия «Медицина»). — 2004. — № 639. — Вип. 9. — С. 63—69.

2. Мартимьянова Л.А., Макиенко Н.В. Устойчивость параметров вариабельности сердечного ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии в пятиминутных интервалах измерений // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (Серия «Медицина»). — 2000. — Вып. 1, № 494. — С. 71—75.

3. Фибрилляция предсердий: инновационные изменения в подходах к лечению: (материалы научно-практической конференции «Лечение фибрилляции предсердий на основе инновационных фармакотерапевтических технологий», 10 июня 2010 г., г. Киев) [Электронный ресурс] / В.Н. Коваленко // Здоров'я України. — 2010. — № 11—12 (240—241). — С. 15—16. — Режим доступа к журн.: http://health—ua.com/pics/pdf/2010_11_12/15—16.pdf

4. Фомич А.Н. Терапия амиодароном и ортостатические реакции частоты желудочковых сокращений у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий // Кровообіг та гемостаз. — 2011. — № 1—2. — С. 23—26.

5. Яблучанський М.І., Мартим'янова Л.О. Особливості клінічних ознак і структура варіабельності серцевого ритму у хворих миготливою аритмією з різними типами ортостатичних частотоадаптивних реакцій // Галицький лікарський вісник. — 2001. — № 4 (8). — С. 118—120.

6. Elezi S., Qerkini G., Bujupi L. et al. Management and comorbidities of atrial fibrillation in patients admitted in cardiology service in Kosovo—a single—center study // Anadolu. Kardiyol. Derg. — 2010 Feb. — Vol. 10 (1). — P. 36—40.

7. 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. — N 31. — P. 2369—2429.

8. Orthostatic Intolerance [Електронний ресурс] / J. M. Stewart, M. S. Medow // Emedicine. — Oct. 5, 2009. — Режим доступу: http://emedicine.medscape.com/article/902155—overview

А.Н. Фомич, Н.И. Яблучанский, Л.А. Мартимьянова, О.А. Ивлева

Ортостатические реакции частоты желудочковых сокращений и контроль фибрилляции предсердий при годичной терапии бета-адреноблокаторами, амиодароном и их комбинацией

Изучено влияние антиаритмических препаратов разных классов на частоту встречаемости различных типов ортостатических реакций (ОР) частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) и контроль фибрилляции предсердий (ФП) у 132 пациентов (60 мужчин и 72 женщины) в возрасте (55 ± 15) лет с давностью ФП (6 ± 5) лет. Терапия основывалась на Рекомендациях европейской ассоциации кардиологов 2010 года. Пациенты обследовались до лечения, спустя 1 мес, 6 мес и 1 год от начала терапии. Антиаритмические препараты разных групп неодинаково влияют на ОР ЧЖС, эффективность контроля ЧЖС и тяжести симптомов EHRA ФП. Наиболее прогностически благоприятными в отношении частоты встречаемости позитивных ОР ЧЖС оказались БАБ, а терапия амиодароном приводила к полному исчезновению квалифицированных ОР ЧЖС. В отношении снижения класса тяжести симптомов EHRA ФП до I и увеличения доли пациентов в группе жесткого контроля наиболее эффективной оказалась комбинация амиодарона и БАБ. Наибольшее количество пациентов в группе мягкого контроля с тяжестью симптомов EHRA ФП II наблюдалось при монотерапии БАБ.

Пациенты с негативным типом ОР ЧЖС нуждаются в тщательном подборе и контроле доз амиодарона и БАБ для предотвращения чрезмерного снижения ЧЖС.

G.M. Fomych, M.I. Yabluchanskiy, L.O. Martimyanova, O.O. Ivleva

Orthostatic reactions of ventricular contractions rate and control of atrial fibrillation at one year of therapy of beta-blockers, amiodarone, and their combination

The effect of antiarrhythmic drugs of different classes on the frequency of occurrence of various types of ventricular contractions rate (VCR) orthostatic reactions (OR) and atrial fibrillation (AF) control was studied in 132 patients (60 men and 72 women) mean age (55 ± 15) years with AF duration (6 ± 5) years. The therapy was based on the recommendations of the European Association of Cardiologists 2010. Patients were examined before, after 1 month, 6 months and 1 year from the beginning of treatment. Antiarrhythmic drugs of different groups unequally affected VCR OR, the effectiveness of control VCR and severity of AF EHRA symptoms. The most fair prognosis for the frequency of positive VCR OR had beta blockers (BB), amiodarone therapy resulted in complete disappearance of qualified VCR OR. For reducing the EHRA AF class to I and increasing the ratio of patients in the strict control group the most effective was the combination of amiodarone and BB. Maximum of patients in the group of mild control with EHRA AF class II was observed in BB monotherapy.

Patients with the negative type of VCR OR require careful amiodarone and BB dose selection and control to prevent excessive VCR lowering.