



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. Солейко, 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 кишечника	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 616.12-008.313-085.22+615.22+616.12-008.33-085.22



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

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

Ключові слова: ортостатичні реакції артеріального тиску, фібриляція передсердь, клінічні показники, аміодарон, бета-адреноблокатори, контроль частоти шлуночкових скорочень.

Фібриляція передсердь (ФП) — аритмія, що становить собою серйозну медико-соціальну проблему через значну поширеність (до 1% в популяції осіб старше 60 років і до 6% в популяції осіб старше 80 років [8]), високу частоту ускладнень, що призводять до інвалідизації [7], і значні економічні витрати на лікування [4].

Ортостатичні реакції (ОР) артеріального тиску (АТ) — простий у вимірюванні та об'єктивний показник автономної регуляції діяльності серцево-судинної системи. Різні типи ОР АТ слугують незалежними предикторами перебігу та наслідків кардіоваскулярних захворювань. Гіпотензивні ОР АТ пов'язані з ризиком розвитку гострого коронарного синдрому [11], ішемічного нелакунарного інсульту [12], ізотензивні — з ускладненням перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) [2] і достовірним збільшенням частоти несприятливих наслідків [3]. Гіпертензивні ОР АТ найбільш фізіологічні, однак особи з АГ і гіпо- та гіпертензивними типами ОР АТ мають більший ризик пошкодження органів-мішеней, ніж особи з ізотензивним типом ОР АТ [9].

Аміодарон та бета-адреноблокатори (БАБ) належать до основних препаратів, що призначаються для контролю частоти шлуночкових скорочень (ЧШС) у пацієнтів з ФП [8], проте досі не було вивчено вплив комбінації цих препаратів на перебіг ФП у пацієнтів з різними типами ОР АТ.

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Розробка та дослідження системи автоматичного керування варіабельністю серцевого ритму», номер державної реєстрації 0109U000622.

Мета роботи — вивчення поширеності різних типів ОР АТ і клінічних показників системи кровообігу на тлі прийому комбінації аміодарону і БАБ у пацієнтів з ФП.

Матеріали та методи

На базі Харківської міської поліклініки № 6 Московського району обстежено 60 пацієнтів (27 жінок і 33 чоловіків) з постійною формою ФП. Середній вік пацієнтів ($67,9 \pm 10$) років. Середня тривалість ФП (8 ± 7) років. АГ наявна в 46 пацієнтів: АГ I ступеня — у 10, АГ II ступеня — у 25, АГ III ступеня — в 11 осіб; ішемічна хвороба серця (ІХС) відзначена у 51 особи. Постінфарктний кардіосклероз був у 5 осіб, дифузний — в 11 пацієнтів.

З дослідження вилучали хворих зі стабільною стенокардією напруги IV функціонального класу (ФК), гострим коронарним синдромом, серцевою недостатністю (СН) 4 ФК і ІІБ стадії.

Систолічний АТ (САТ) і діастолічний АТ (ДАТ) вимірювали за методом Короткова напівавтоматичним тонометром Microlife BP2BIO в положеннях сидячи, лежачи і стоячи. За добу до вимірювання пацієнти виключали з раціону каву, міцний чай, алкоголь. За зміною АТ в ортостатичній пробі (ОП) на 3-й хвилині переходу з положення лежачи в положення стоячи пацієнтів зараховували до одного з трьох типів реакції: тип 1 — гіпертензивний (підвищення АТ більш ніж на 5%); тип 2 — ізотензивний (зміни АТ в межах $\pm 5\%$); тип 3 — гіпотензивний (зниження АТ на 5% і більше), кваліфіковані ОР — зниження або підвищення АТ в ОП більш ніж на 20%.

Контроль ЧШС здійснювали за результатами реєстрації ЕКГ на комп'ютерному електрокардіографі «Cardiolab +2000».

Клінічні показники системи кровообігу (клас ЕНРА, клас контролю ЧШС в спокої, ступінь АГ, ФК стабільної стенокардії та ФК СН) і поширеність різних типів ОР АТ вивчали до лікування, через 1 міс та через 6 міс від початку лікування.

Усім пацієнтам проводили антиаритмічну терапію комбінацією аміодарону та БАБ (бісопролол або карведилол). За свідченнями пацієнтам додатково призначали інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту, антагоністи рецепторів ангіотензину II, статини, діуретики, нітрати. Усі пацієнти приймали один з антитромботичних препаратів (варфарин, ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрель) або комбінацію АСК і клопідогрелю.

Згідно з Рекомендаціями Робочої групи з питань ведення фібриляції передсердь Європейського товариства кардіологів (2010 рік) використовувалися критерії жорсткого (досягнення ЧШС спокою 60–80 за 1 хв) та м'якого (ЧШС спокою менше 110 за 1 хв) контролю ЧШС.

Дані заносили в базу Microsoft Excel 2010. Статистичну обробку результатів проводили непараметричним методом з оцінкою частоти у відсотках (М) і його помилки (m). Достовірності відмінностей між групами визначали за допомогою непараметричного критерію Манна–Уїтні.

Результати та обговорення

У табл. 1 і 2 представлено поширеність ОР АТ і показники гемодинаміки в пацієнтів з ФП на етапах терапії аміодароном.

Від початку в пацієнтів з ФП переважали ізотензивні ОР САТ і ДАТ над гіпо- та гіпертензивними (ОР САТ — 45,4 %, 30 % і 24,6 % відповідно, ОР ДАТ — 40 %, 29 % та 31 % відповідно). Кваліфіковані ОР АТ у нашому дослідженні зареєстровано не було. На етапах терапії комбінацією аміодарону і БАБ спостерігалось збільшення поширеності гіпертензивних ОР САТ і ДАТ (до 55,8 % і 57,3 % відповідно) за рахунок інших типів.

До лікування у 54 % пацієнтів був III клас ЕНРА (гіпо-, ізо- та гіпертензивні ОР САТ становили 30 %, 10 % і 24 % відповідно), у 26 % — II клас ЕНРА (у пацієнтів із цієї групи відзначалися тільки ізотензивні ОР САТ). Пацієнти з I класом ЕНРА також демонстрували ізотензивні ОР САТ — 10 %. Поширеність гіпо-, ізо- та гіпертензивних ОР ДАТ у пацієнтів з III класом ЕНРА становила 28 %, 18 % і 18 %, з II — 0 %, 15 % і 11 % відповідно. На тлі лікування відбувався перехід пацієнтів з групи III класу ЕНРА до групи II класу (до 12,5 %) і I класу (до 87,5 %). На етапах терапії відбувалось збільшення частоти гіпертензивних ОР САТ і ДАТ (до 37,5 %) за рахунок зменшення частот гіпо- та ізотензивних ОР, однак у групі II класу ЕНРА гіпертензивні ОР АТ не реєструвалися.

До лікування поза контролем ФП за ЧШС (ЧШС > 110 за 1 хв) перебували 55 % пацієнтів (гіпо-, ізо- та гіпертензивні ОР САТ — 18 %, 37 % і 0 % і 22,2 %, 11,1 % і 22,2 % ОР ДАТ), у групі

м'якого контролю (ЧШС 80–110 за 1 хв) — 45 % пацієнтів (гіпо-, ізо- та гіпертензивні ОР САТ і ДАТ — 9 %, 18 %, 18 % і 11,1 %, 11,1 %, 22,3 % відповідно); початково хворих із ЧШС ≤ 80 (група жорсткого контролю і поза контролем із ЧШС < 60) не було. На тлі терапії відбувався перехід пацієнтів у групу жорсткого контролю (до 70,6 %) з груп м'якого контролю та поза контролем ФП за ЧШС. Однак на тлі проведеної антиаритмічної терапії реєстрували показники поза контролем ЧШС < 60 за 1 хв (14,2 % ізотензивних ОР САТ і гіпертензивних ОР ДАТ). Від початку поширеність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР САТ у групі м'якого контролю становила 9 %, 18 % і 18 %, у групі поза контролем із ЧШС > 110 за 1 хв — 18 %, 37 % і 0 % відповідно. Поширеність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР ДАТ у групі м'якого контролю становила 11,1 %, 11,1 % і 22,2 %, у групі поза контролем із ЧШС > 110 за 1 хв — 22,2 %, 11,1 % і 22,2 % відповідно. Через 6 міс від початку терапії пацієнтів із ЧШС > 110 за 1 хв не спостерігалось. На тлі лікування відносна кількість гіпертензивних ОР САТ зросла в групі жорсткого контролю (до 33,3 %), однак у групі м'якого контролю через 6 міс спостерігалися гіпотензивні ОР САТ (14,6 %). У групі жорсткого контролю поширеність ОР ДАТ змінилась у бік збільшення кількості пацієнтів з гіпертензивним типом (42,2 %), однак у групі м'якого контролю реєстрували тільки ізотензивні ОР ДАТ (14,6 %).

Початково пацієнти з АГ I ступеня становили 36 %, з АГ II ступеня — 46 %, з АГ III ступеня — 18 %. Поширеність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР САТ у групі з АГ I ступеня становила 9 %, 9 % і 18 %, у групі з АГ II ступеня — 9 %, 28 % і 9 %, у групі з АГ III ступеня — 18 %, 0 % і 0 % відповідно. Поширеність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР ДАТ у групі з АГ I ступеня становила 8 %, 0 %, 28 %, у групі з АГ II ступеня — 10 %, 16 % і в групі з АГ III ступеня — 10 %, 8 %, 0 % відповідно. На етапах лікування комбінацією аміодарону і БАБ відбувалось поступове збільшення групи АГ I ступеня (до 65 %) за рахунок зменшення груп з АГ II та III ступеня (до 35 % і 0 % відповідно). На тлі лікування в групі АГ I ступеня відносна кількість гіпертензивних ОР САТ зросла (до 45 %) за рахунок переходу до цієї групи пацієнтів з гіпертензивним типом ОР САТ з груп АГ II і III ступеня. Відносна кількість гіпертензивних ОР ДАТ в групі АГ I ступеня також зросла до 33,3 %. Але в групі АГ II ступеня через 6 міс від початку терапії переважали гіпотензивні ОР САТ і ДАТ (20 %). Ізо- й гіпертензивні ОР у групі АГ II ступеня на тлі лікування становили 10 % та 5 % за САТ і 15 % і 0 % за ДАТ.

До лікування пацієнтів зі стабільною стенокардією I ФК було 55 %, з II ФК — 45 %. Пошире-

Таблиця 1

Поширеність ОР САГ і показників гемодинаміки на етапах терапії комбінацією аміодарону та БАБ

Показник	Етапи терапії (М ± m)									
	Початково					1 міс				
	Гіпо-	Ізо-	Гіпер-	Гіпо-	Ізо-	Гіпер-	Гіпо-	Ізо-	Гіпер-	6 міс
Усього пацієнтів	30 ± 10	45,4 ± 10,8	24,6 ± 9,3	20 ± 9,1	40 ± 11,2	40 ± 11,2	14,2 ± 9,6	30 ± 12,7	55,8 ± 13,7	
Клас EHRA										
I	0	10 ± 6,5	0	0	11,1 ± 7,2	11,1 ± 7,2	25 ± 12	25 ± 12	37,5 ± 13,4	
II	0	26 ± 10	0	11,1 ± 7,2	22,2 ± 9,5	33,3 ± 10,8	6,25 ± 6,7	6,25 ± 6,7	0	
III	30 ± 10	10 ± 6,5	24 ± 9,3	11,1 ± 7,2	0	0	0	0	0	
Клас контролю ФП (у спокої)										
Жорсткий (≤ 80)	0	0	0	9,4 ± 6,6	26,6 ± 10,1	35 ± 10,9	22,2 ± 11,5	15,6 ± 10	33,3 ± 13	
М'який (≤ 110)	9 ± 5,8	18 ± 8,3	18 ± 8,3	5 ± 5	6,7 ± 5,7	8,5 ± 6,3	14,6 ± 9,7	0	0	
Поза контролем										
< 60	0	0	0	0	0	8,8 ± 6,4	0	14,2 ± 9,6	0	
> 110	18 ± 8,3	37	0	0	0	0	0	0	0	
АГ, ступінь										
1	9 ± 6,2	9 ± 6,2	18 ± 8,3	0	25 ± 11,1	37,5 ± 12,5	20 ± 10,3	0	45 ± 12,8	
2	9 ± 6,2	28 ± 9,8	9 ± 6,2	0	12,5 ± 8,5	12,5 ± 8,5	20 ± 10,3	10 ± 7,7	5 ± 4,6	
3	18 ± 8,3	0	0	12,5 ± 8,5	0	0	0	0	0	
Стабільна стенокардія, ФК										
I	9 ± 6,5	37 ± 11	9 ± 6,5	0	22,2 ± 12,5	33,3 ± 14,2	28,5 ± 13,6	14 ± 10,2	24 ± 12,8	
II	18 ± 8,8	9 ± 6,5	18 ± 8,8	11,1 ± 9,4	22,2 ± 12,5	11,1 ± 9,4	14,2 ± 10,5	0	0	
CH, ФК										
0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 ± 8,3	
1	0	0	10 ± 6,8	14,2 ± 9,6	42,8 ± 13,7	14,2 ± 9,6	15 ± 9,9	30 ± 12,7	30 ± 12,7	
2	20 ± 9,1	40 ± 11,2	10 ± 6,8	10 ± 8,3	18,8 ± 10,8	0	0	15 ± 9,9	0	
3	10 ± 6,8	0	10 ± 6,8	0	0	0	0	0	0	

ність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР САТ спочатку становила 9 %, 37 % і 9 % для групи стабільної стенокардії І ФК і 18 %, 9 % і 18 % для ІІ ФК відповідно, ОР ДАТ — 28 %, 9 % і 18 % для І ФК і 9 %, 8 % і 28 % для ІІ ФК відповідно. На етапах терапії спостерігалася зменшення відносної кількості пацієнтів зі стабільною стенокардією ІІ ФК (до 14,2 %) за рахунок переходу до групи стабільної стенокардії І ФК (до 66,5 %). На етапах терапії відносна кількість гіпертензивних ОР САТ зросла для І ФК до 24 %, проте зменшувалася для ІІ ФК до 0 %. Переважними в обох групах залишалися гіпотензивні ОР САТ (28,5 % і 14,2 % для І і ІІ ФК відповідно). Поширеність гіпертензивних ОР ДАТ у групі стабільної стенокардії І ФК зростала (до 33,3 %) за рахунок переходу до цієї групи частини пацієнтів з групи ІІ ФК. У групі стабільної стенокардії ІІ ФК через 6 міс від початку лікування переважали ізотензивні ОР ДАТ.

Початково група СН 0 ФК не реєструвалася, поширеність гіпо-, ізо- й гіпертензивних ОР САТ у групах до лікування становила відповідно 0 %, 0 %, 10 % (для І ФК), 20 %, 40 %, 10 % (для ІІ ФК), 10 %, 0 %, 10 % (для ІІІ ФК). Поширеність ОР ДАТ до лікування становила для І ФК 10 %, 0 %, 0 %, для ІІ ФК — 20 %, 20 %, 30 %, для ІІІ ФК — 0 %, 0 % і 20 % відповідно. На тлі терапії спостерігався поступовий перерозподіл пацієнтів від важчого до легшого ФК СН. На етапах терапії СН ІІІ ФК не реєструвалася, частина пацієнтів перейшла в групу СН 0 ФК (10 %, усі демонстрували гіпертензивний тип ОР САТ і ДАТ). У групі І ФК на тлі лікування переважали ізо- й гіпертензивні ОР САТ (по 30 %), гіпотензивні ОР становили 15 %. У групі ІІ ФК реєструвалися тільки ізотензивні ОР САТ (15 %). ОР ДАТ у групі І ФК розподілилися на тлі лікування в бік збільшення гіпертензивних ОР (гіпо-, ізо- та гіпертензивні ОР склали 20 %, 25 % і 30 % відповідно), однак у групі ІІ ФК спостерігалися лише гіпотензивні ОР ДАТ (15 %).

Отримані дані про існування різних типів ОР АТ у пацієнтів з ФП відповідає таким у пацієнтів із синусовим ритмом [1], що свідчить про збереження нейрогуморальної регуляції серця за такого типу аритмії.

Незважаючи на широке застосування аміодарону і БАБ з метою контролю ритму при ФП [8], у світовій літературі не вдалося знайти відомостей про вплив комбінації зазначених антиаритмічних препаратів на поширеність ОР АТ у пацієнтів із таким типом аритмії.

Як показало наше дослідження, на тлі терапії комбінацією аміодарону і БАБ відбувалася зміна поширеності різних типів ОР АТ в бік збільшення

відносного числа гіпертензивних ОР АТ, які є більш фізіологічними. Лікування цією комбінацією також сприяло поліпшенню клінічних показників системи гемодинаміки: досягнуто контролю ЧШС; ступінь АГ, стабільна стенокардія та СН змінювалися в бік м'якшого ФК. Однак через 6 міс від початку лікування у 14,2 % пацієнтів було зареєстровано брадіаритмію < 60 за 1 хв, що надалі вимагало зниження дози БАБ або аміодарону.

Раніше ми досліджували ізольований вплив БАБ і аміодарону на ОР АТ та клінічні показники системи кровообігу [5, 6]. Так, обидва препарати позитивно впливали на показники гемодинаміки, однак збільшення поширеності сприятливіших гіпертензивних ОР АТ відбувалося при прийомі БАБ, що свідчить про вирішальну роль у перебігу ФП нормалізації вегетативного статусу пацієнта [10]. На тлі ізольованого прийому аміодарону значущої зміни ОР САТ не спостерігалася, а ОР ДАТ зміщувалися в бік несприятливих гіпотензивних, що говорить про відсутність фізіологічної реакції серцево-судинної системи у відповідь на зміну положення тіла й відсутність істотного впливу цієї терапії на вегетативну нервову систему пацієнтів.

Висновки

1. Початково в пацієнтів з ФП ізотензивні ОР САТ переважали над гіпо- та гіпертензивними (45,4 %, 30 % і 24,6 % відповідно), а ізотензивні ОР ДАТ — над гіпо- та гіпертензивними (40 %, 29 % і 31 % відповідно).

2. На тлі терапії комбінацією аміодарону і БАБ у пацієнтів з ФП спостерігалася підвищення якості контролю ЧШС з поліпшенням клінічних показників системи кровообігу, ОР АТ зміщувалися в бік більш фізіологічних гіпертензивних ОР за рахунок зниження відносної кількості гіпо- та ізотензивних ОР АТ.

3. Досягнення ЧШС < 60 за 1 хв на етапах терапії в частини хворих вимагає ретельного підбору оптимальних ефективних доз антиаритмічних препаратів.

4. Комбінація аміодарону і БАБ у лікуванні пацієнтів з ФП краща порівняно з ізольованим прийомом аміодарону завдяки позитивному впливу на ОР АТ.

Перспективи подальших досліджень

Вважаємо перспективним вивчення впливу інших груп антиаритмічних препаратів на поширеність різних типів ОР АТ і перебіг ФП з метою поліпшення якості ведення пацієнтів із таким типом аритмії.

Література

1. Гарькавий П.О. Типи ортостатичних реакцій систолічного артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією / П.О. Гарькавий, А.Ю. Єгорова, М.І. Яблучанський // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна, серія «Медицина». — 2007. — № 774. — С. 89—93.
2. Егорова А.Ю. Эффективность терапии амлодипином у пациентов с артериальной гипертензией с изо- и гипертензивными типами ортостатических реакций / А.Ю. Егорова // Медицина сьогодні і завтра. — 2009. — № 2. — С. 45—50.
3. Єгорова А.Ю. Кінцеві точки в пацієнтів старшого віку з артеріальною гіпертензією з изо- та гіпертензивними реакціями систолічного й діастолічного артеріального тиску в ортостатичній пробі за різних типів терапії / А.Ю. Єгорова, М.І. Яблучанський // Укр. терапевт. журн. — 2010. — № 3. — С. 30—33.
4. Сычев О.С. Фибрилляция предсердий — потенциально летальная аритмия. Распространенность, причины развития и последствия фибрилляции предсердий / О.С. Сычев, Н.Н. Безюк // Здоров'я України. — 2009. — С. 20—21.
5. Чёрная Ю.А. Клинические показатели системы кровообращения и ортостатические реакции артериального давления на этапах терапии амиодароном у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий / Ю.А. Чёрная // Кровообіг та гемостаз (в печати).
6. Чёрная Ю.А. Ортостатические реакции артериального давления и клинические показатели кровообращения у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий на этапах терапии бета-адреноблокаторами / Ю.А. Чёрная, Н.И. Яблучанский, Л.А. Мартимьянова // Экспериментальна та клінічна медицина (в печати).
7. A population-based study of the longterm risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew / S. Stewart, C.L. Hart, D.J. Hole, J.J. Mc Murray // Paisley study. Am. J. Med. — 2002. — N 113. — P. 359—364.
8. 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.
9. Fan X.H. Association of orthostatic hypertension and hypotension with target organ damage in middle and old-aged hypertensive patients / X.H. Fan, K. Sun, X.L. Zhou [et al.] // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. — 2011. — N 91. — P. 220—224.
10. Mortara A. Nonselective beta-adrenergic blocking agent, carvedilol, improves arterial baroreflex gain and heart rate variability in patients with stable chronic heart failure / A. Mortara, M.T. La Rovere, G.D. Pinna, R. Maestri [et al.] // Am. Heart J. — 2000. — N 6. — P. 1088—1095.
11. Orthostatic hypotension predicts mortality in middle-aged adults: the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study // K.M. Rose, M.L. Eigenbrodt, R.L. Biga [et al.] // Circulation. — 2006. — N 114. — P. 630—638.
12. Yatsuya H. Postural changes in blood pressure and incidence of ischemic stroke subtypes: the ARIC study / H. Yatsuya, A.R. Folsom, A. Alonso [et al.] // Hypertension. — 2011. — N 57. — P. 167—173.

Ю.А. Чёрная, Н.Ю. Усань

Влияние комбинации амиодарона и бета-адреноблокатора на ортостатические реакции артериального давления и клинические показатели гемодинамики у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий

Изучены изменения распространенности различных типов ОР АД и клинических показателей системы кровообращения у 60 пациентов (27 женщин и 33 мужчины) с постоянной формой ФП на этапах терапии комбинацией амиодарона и БАБ. Показано увеличение распространенности более благоприятных гипертензивных ОР АД и улучшение клинических показателей системы гемодинамики. У 14,2 % больных на этапах терапии отмечалась брадиаритмия, требующая коррекции дозы БАБ. Сделан вывод, что в контроле ЧЖС комбинацию амиодарона и БАБ у пациентов с ФП можно использовать при всех типах ОР АД, однако требуется тщательный контроль ритма для своевременной коррекции доз препаратов.

Yu.A. Chorna, N.Yu. Usan

The effects of amiodarone and beta-blocker combination on orthostatic reactions of blood pressure and hemodynamic clinical parameters in patients with persistent atrial fibrillation

The study has been held for the changes in prevalence of different types of BP OR and hemodynamic clinical parameters in 60 patients (27 — female, 33 — male) with persistent AF on the different stages of therapy with amiodarone and BB combination. The increase of the prevalence of more favorable hypertensive BP OR and the improvement of hemodynamic clinical parameters has been demonstrated. Bradyarrhythmia has been registered at the stages of therapy in 14.2 % of patients. It has been concluded, that amiodarone and BB combination can be used in patients with AF and different types of BP OR, however the cardiac rhythm should be controlled thoroughly for the timely correction of doses of drugs.