

4. Мостовий Ю.М. Досвід застосування холіверу при патології гепатобіліарної системи / Ю.М. Мостовий, Г.І. Томашкевич // Здоров'я України. – 2003. – № 10. – С. 23.

5. Шульпекова Ю.О. Лекарственные средства, воздействующие на моторику билиарного тракта / Ю.О. Шульпекова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 1 – С. 25–30

6. Звягинцева Т.Д. Билиарная дисфункция: диагностика и лечение / Т.Д. Звягинцева, С.В. Гриднева // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 5(43). – С. 93–99.

7. Gerok W. Hepatologie (2. Auflage) / W. Gerok, H.E. Blum. – Munchen: Urban & Schwarzenberg, 1995. – 167 p.

### **Особенности течения и лечения гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей у военнослужащих срочной службы**

**Е.В. САПОЖНИКОВА**

**Резюме.** В ходе исследования изучена клиническая эффективность препарата, содержащего сухой водный экстракт артишока (листья) – *Cynara scolymus*.

**Ключевые слова:** дискинезия желчевыводящих путей, экстракт из артишока полевого

### **Clinical course and treatment features of hypotonic biliary dyskinesia in military personnel**

**E.V. SAPOZHNIKOVA**

**Summary.** We examined clinical effectiveness of the drug containing dry water extract of artichoke (leaves) – *Cynara scolymus*.

**Keywords:** biliary dyskinesia, extract of artichoke.

**УДК 616.12:615.273.53**

### **Практичні аспекти застосування непрямого антикоагулянту варфарину у відділенні кардіології**

**А.П. СЛАВУШЕВИЧ**

**Резюме.** В статті наведені деякі практичні аспекти застосування непрямого антикоагулянту варфарину у кардіологічних хворих. Показана частота хворих, які потребують корекції дози варфарину. Наведені клінічні випадки успішного застосування препарату та його небажаних ефектів.

**Ключові слова:** варфарин, тромбоемболічні ускладнення.

Первинна та вторинна профілактика тромбоемболічних ускладнень у хворих із фібриляцією, тріпотінням передсердь, після операцій аортокоронарного шунтування (АКШ), аневризмектомії є актуальним питанням в практиці кардіолога, терапевта та сімейного лікаря. Зокрема, фібриляція передсердь (ФП) – найбільш поширене в клінічній практиці порушення ритму серця. За останні десятиріччя поширеність цього виду аритмії складає 1–1,5% у загальній популяції, а у віці понад 80 років досягає 15%. Частота госпіталізацій через ФП становить не менше 40% від усієї кількості госпіталізацій з приводу порушень серцевого ритму [1].

ФП є причиною 45% усіх інсультів, пов'язаних із тромбоемболіями. У пацієнтів віком понад 80 років не менше 35% ішемічних інсультів спричинені ФП. Приблизно один із шести всіх ішемічних інсультів припадає на кардіогенні тромбоемболії у пацієнтів з ФП. У третини пацієнтів з ФП виникає інсульт, не враховуючи хворих з так званими німими інфарктами мозку, які виявляють при комп'ютерній томографії за даними різних авторів у 14,7–37% випадків [1]. За даними 5-річного дослідження SPRINT, летальність пацієнтів з ФП в 1,6 разу, а при пароксизмальній формі ФП – у 2,4 і 1,7 разу вища, ніж у хворих без неї [2]. Адекватне застосування антагоніста вітаміну К варфарину, дія якого спрямована на зменшення рівнів фактора X і протромбіну, дає змогу зменшити ризик виникнення інсульту у хворих з ФП на 68% [1]. Незважаючи на велику кількість контрольованих досліджень, впровадження терапії непрямыми антикоагулянтами у повсякденну клінічну практику не відпрацьоване. Стримуючий чинник призначення варфарину лікарями – очікування можливої побічної дії препарату, в тому числі в зв'язку з необхідністю регулярного лабораторного контролю.

Суттєва проблема, що пов'язана з тривалим використанням варфарину, полягає у їх вузькому «терапевтичному вікні» (досягненні рекомендованих показників міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС), або протромбінового індексу (ПТІ)). Припускають, що субтерапевтичні дози варфарину можуть навіть збільшувати ризик ішемічного інсульту або системної емболії, що зумовлено феноменом «рикошетної» гіперкоагуляції при зменшенні концентрації препарату. Лише досягнення рівня МНС у межах 2–3 або протромбінового індексу (ПТІ) в межах 50–60% дозволяє зменшити частоту виникнення ішемічних інсультів у хворих із ФП, а також знизити рівень летальності.

### **Матеріали та методи**

З метою первинної або вторинної профілактики тромбоемболічних ускладнень хворим із ФП, тріпотінням передсердь, після АКШ, аневризмектомії, при наявності тромбів в порожнинах серця призначали антаго-

ніст вітаміну К варфарин за звичайною схемою (початкова доза 2,5 мг/доба). Період спостереження склав 8 місяців. Дослідження проводили у 2009 і 2010 рр., обстежено 107 хворих.

### Результати та їх обговорення

На рис. 1 співставлені рівні МНС і ПТІ перед амбулаторним етапом лікування у 28 хворих.

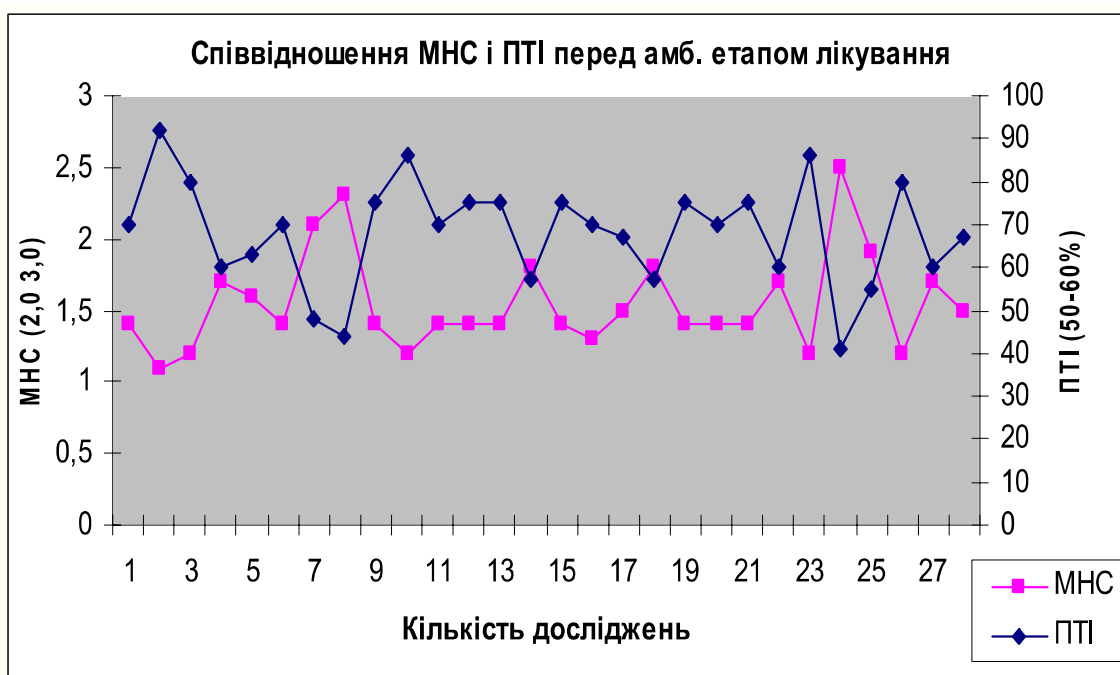
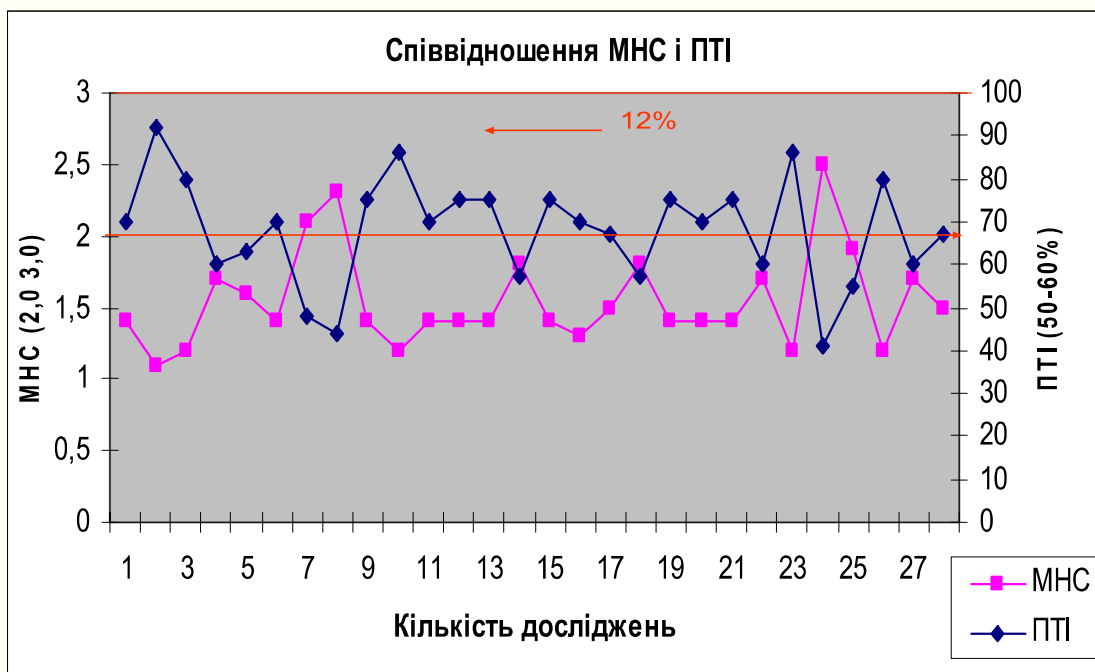


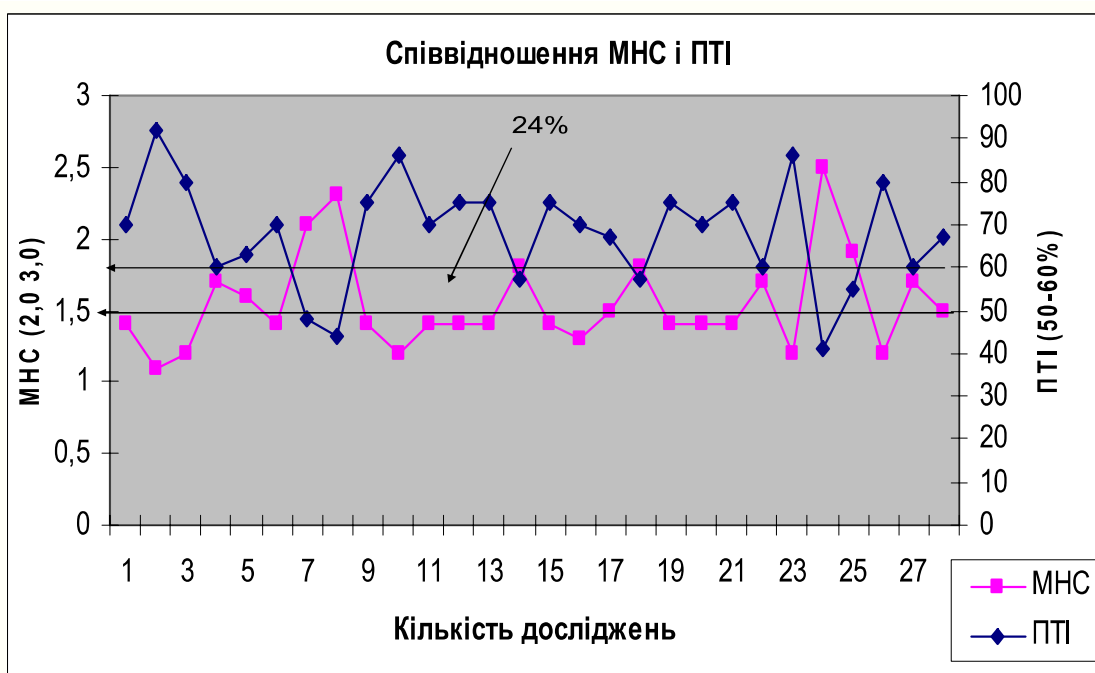
Рис. 1. Рівні МНС і ПТІ обстежених хворих перед амбулаторним етапом лікування

Контроль за рівнями на амбулаторному етапі продемонстрував, що «терапевтичне вікно» було досягнуто у 12% хворих (рис. 2), а 88% хворих потребували корекції дози варфарину. Згідно з аналізом рівнів показника ПТІ (рис. 3), потребували корекції дози варфарину 76% хворих.

При лікуванні 60 хворих з постійною формою ФП згідно показників ПТІ на стаціонарному етапі досягнуто «терапевтичне вікно» у 10% хворих, а 90% хворим була потрібна корекція варфарину на амбулаторному етапі (рис. 4).



*Рис. 2. Досягнення «терапевтичного вікна» згідно з показником МНС*



*Рис. 3. Досягнення «терапевтичного вікна» згідно з показником ПТІ*

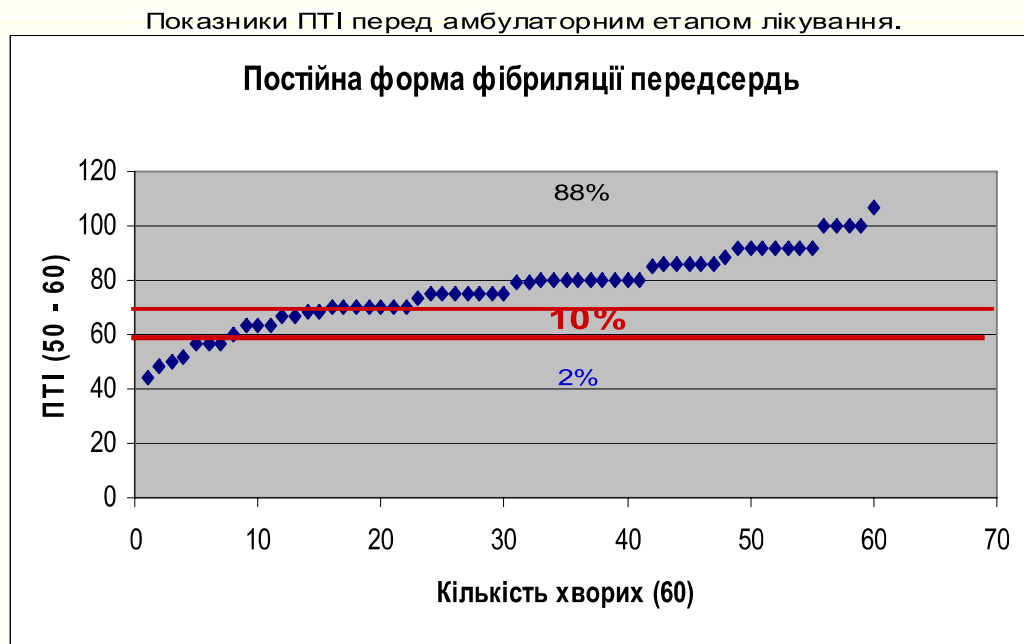


Рис. 4. Досягнення «терапевтичного вікна» хворими з постійною формою фібриляції передсердь згідно з показником ПТІ

Серед 17 хворих з персистуючою формою ФП згідно з рівнями показників ПТІ на стаціонарному етапі досягнуто «терапевтичне вікно» у 29% хворих, а корекції дози потребували 71% хворих (рис. 5).

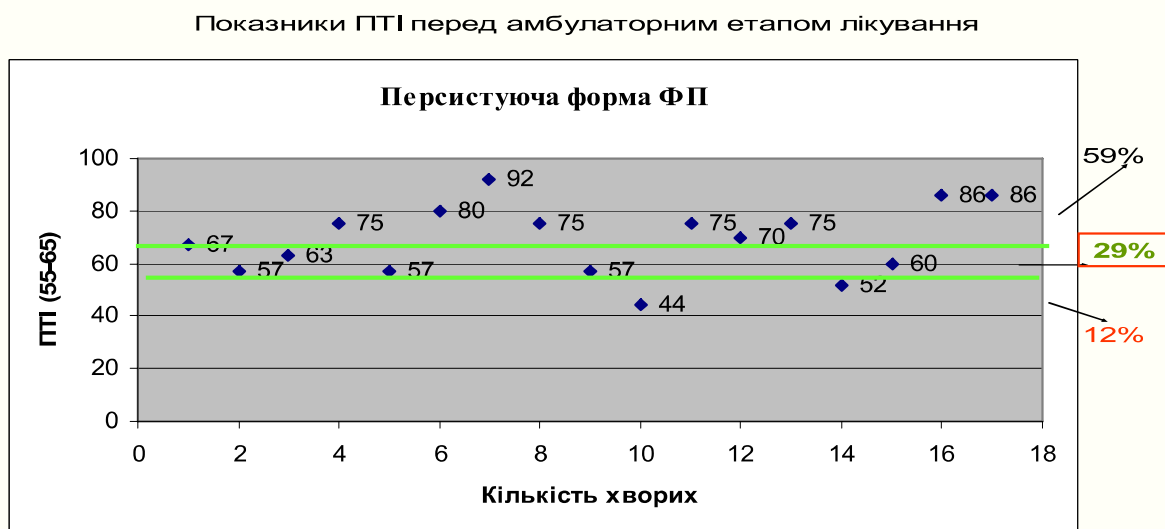


Рис. 5. Досягнення «терапевтичного вікна» хворими з пароксизмальною формою фібриляції передсердь згідно з показником ПТІ

Рекомендовані дози варфарину на амбулаторному етапі лікування були в межах 0,625–5 мг/добу (рис. 6). Індивідуальний підхід до підбору дози варфарину дозволив досягати значного клінічного ефекту без серйозних небажаних явищ, що підтверджують наведені клінічні випадки.

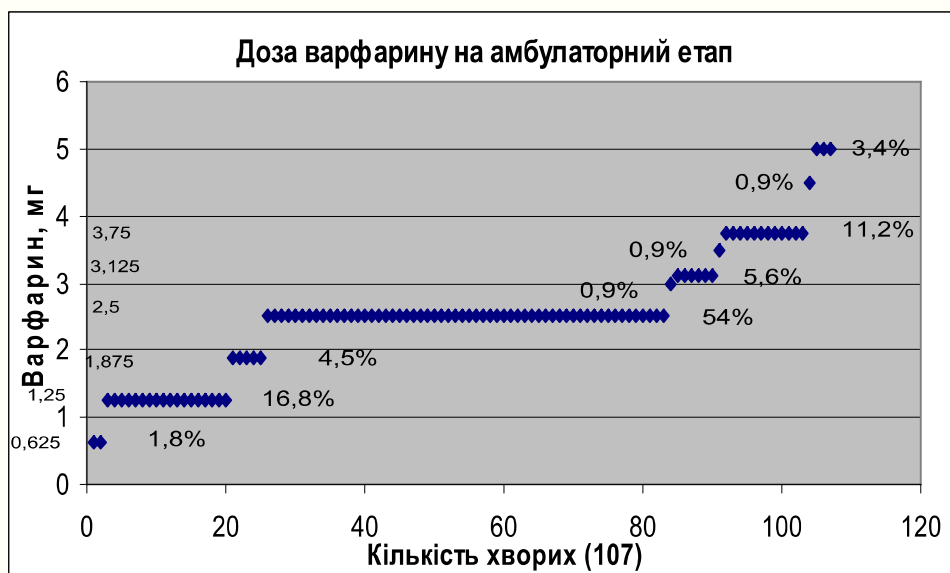
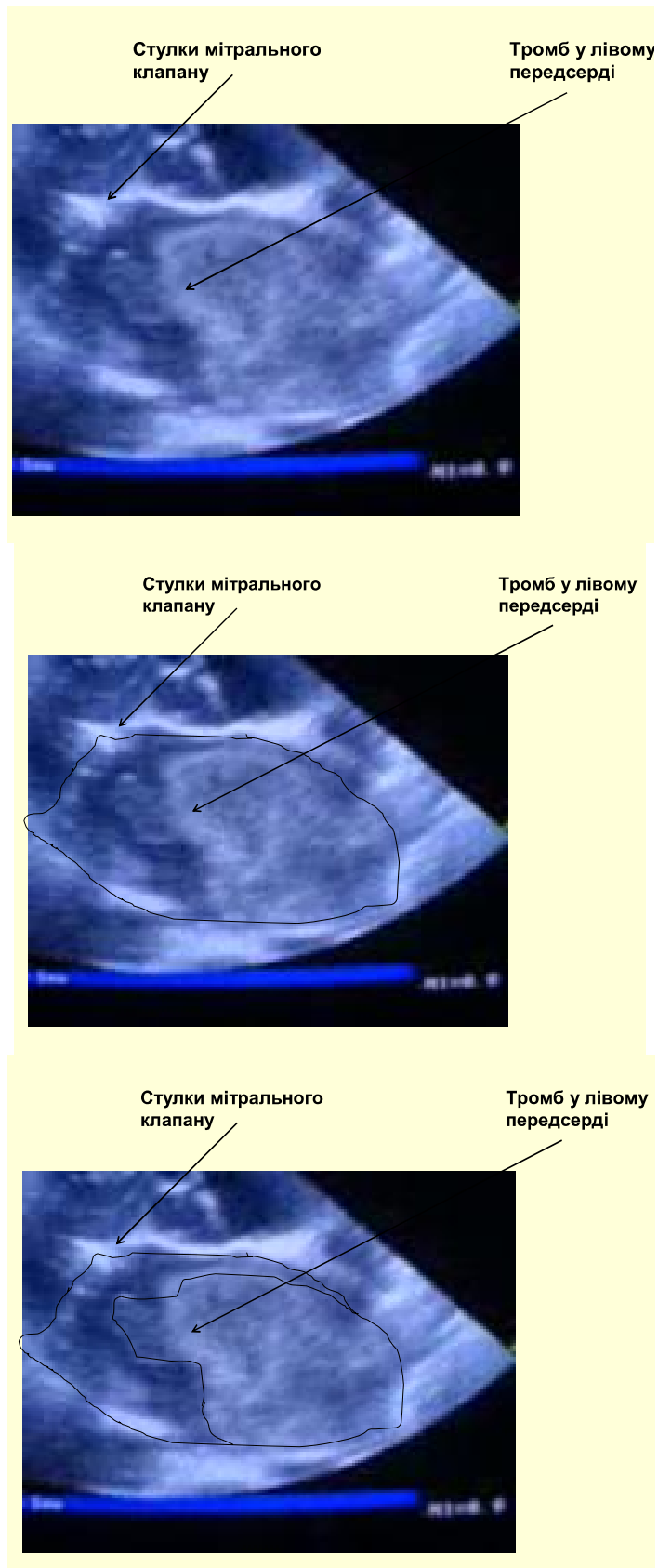


Рис. 6. Рекомендовані дози варфарину на амбулаторному етапі лікування

*Клінічний випадок 1.* В кардіологічне відділення Головного військового клінічного госпіталю (ГВКГ) поступила хвора Л., 64 роки, з діагнозом: Ревматизм, неактивна фаза. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору. Тахісistolічна форма ФП. Тромб лівого передсердя. Серцева недостатність (СН) II Б. Правобічний гідроторакс. Позагоспітальна правобічна пневмонія легкого перебігу. Хронічна залізодефіцитна анемія, легкого ступеню важкості.

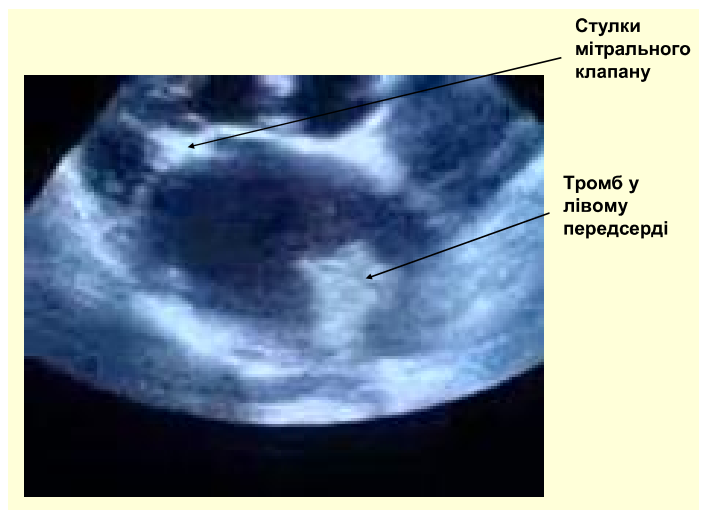
При ехокардіографічному дослідженні (ехоКГ) площа лівого атріовентрикулярного отвору в період відкриття мітрального клапану близько 1 см, ліве передсердя 5,2 см, легенева гіпертензія (68 мм рт. ст.), фракція викиду лівого шлуночка 65%, в порожнині лівого передсердя великий тромб діаметром 5 см (рис. 7).

В комплексному лікуванні хворої поряд з сечогінними, антиаритмічними, антибактеріальними препаратами використовували антитромботичну терапію варфарином з утриманням ПТТ в межах 50–60%. Хвора оглянута кардіохіруром, який в зв'язку з критичним мітральним стенозом з тромбозом лівого передсердя запропонував оперативне лікування, від якого хвора категорично відмовилась.



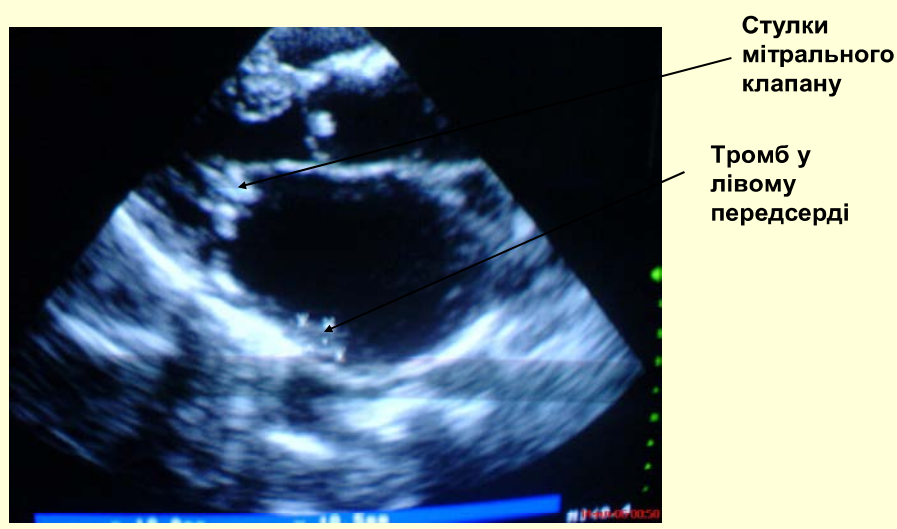
*Рис. 7. Ехокардіографічне дослідження хворої Л.*

Хвора була для проведення подальшого лікування. З метою недопущення збільшення тромбу, а також профілактики тромбоемболічних ускладнень був рекомендований постійний прийом варфарину. При контрольному огляді хворої на 36-у добу прийому варфарину (ПТІ 54%) відмічено значне покращення стану, зменшення задишка та набряків на ногах. На електрокардіограмі (ЕКГ) – синусний ритм, при ехо-КГ – значне зменшення розмірів тромбу лівого передсердя (рис. 8). Розміри тромбу ще значно зменшилися на 128 добу прийому варфарину (рис. 9).



*Рис. 8. Контрольне ехокардіографічне обстеження хворої на 36-у добу прийому варфарину*

При контрольному ЕХО-КГ дослідженні 14.07.06 (128 день прийому варфарину) розміри тромбу лівого передсердя стали ще меншими.



*Рис. 9. Контрольне ехокардіографічне обстеження хворої на 36-у добу прийому варфарину*



*Клінічний випадок 2.* У відділення невідкладної хірургії ГВКГ поступив хворий М., 65 років, з діагнозом: Шлунково-кишкова кровотеча. Ішемічна хвороба серця (ІХС). Стенокардія напруження, III функціональний клас (ФК). Післяінфарктний (09.2008 р.) та дифузний кардіосклероз. АКШ – 3, пластика аневризми лівого шлуночка, тромбектомія від 05.02.2009 р. Гіпертонічна хвороба, III ст. СН II А ст.

Після АКШ, виконаної в Національному Інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова, рекомендован прийом варфарину в дозі 2,5 мг/добу. Прийом препарату хворий продовжував в амбулаторних умовах, проте контроль ПТІ не проводився.

Через місяць після початку терапії варфарином хворий відмітив появу петехіального висипу на слизовій оболонці рота, обличчі, з'явилась нудота, блювота, біль в животі, домішки крові в калі, носова кровотеча, в зв'язку з чим припинив прийом варфарин.

При обстеженні у відділенні в загальному аналізі крові еритроцити  $2,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін 90 г/л. ПТІ 40%. При езофагогастродуоденоскопії по малій кривизні шлунку виявлена виразка розмірами 0,35×0,5 см з підтіканням з нею малої кількості крові. Виконана коагуляція з утворенням струпу розміром 0,35×0,5 см. Введені амінокапронова кислота 5% 200 мл внутрішньовенно, етамзилат натрію 12,5% 2 мл внутрішньом'язево.

При подальшому спостереженні (контроль кількості еритроцитів та гемоглобіну, езофагогастроскопія) – зберігалася анемія, з'являлися нові ерозії в цибулині дванадцятипалої кишки.

В зв'язку з клінічними та рентгенологічними ознаками гострої непрохідності тонкої кишки була виконана діагностична лапаротомія, проведена ревізія органів черевної порожнини, дренивання черевної порожнини. Під час операції виявлені множинні сегментарні субсерозні крововиливи, що розсмоктувалися, гострий сегментарний тромбоз вен дванадцятипалої кишки та начального відділу порожньої кишки, паралітична непрохідність тонкої кишки.

Незважаючи на терапію, що проводилась, у тому числі неодноразові інфузії еритроцитної маси, наступала смерть хворого від прогресуючої дихальної та серцевої недостатності.

*Клінічний випадок 3.* У відділення кардіології ГВКГ поступив хворий С., 67 років з діагнозом: ІХС. Стенокардія напруження, III ФК. Протезування аортального клапану, аорто-коронарне шунтування – 1 (23.01.2012 р.). Гіпертонічна хвороба, II ст. СН II А ст.

Протезування аортального клапану та АКШ виконане в Київському міському Центрі серця. Рекомендований прийом варфарину 7,5 мг/добу та клопідогрел 75 мг/добу. МНС 2,3 од.

При поступленні у відділення – ознаки шлунково-кишкової кровотечі (двічі чорний стул). При езофагогастродуоденоскопії слизова оболонка

цибулини дванадцятипалої кишки вкрита шаром свіжої крові, що легко змивався. Джерел кровотечі немає.

В загальному аналізі крові еритроцити  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобін 113 г/л. Залізо в сироватці крові 9,8 ммоль/л.

Відмінено варфарин та клопідогрел. Хворий отримував інфузії еритроцитної маси, препарати заліза. Після стабілізації стану хворого та нормалізації показників крові хворий був виписаний для продовження амбулаторного етапу лікування. Варфарин не призначали, пацієнт отримував антиагрегантний препарат клопідогрел (75 мг/добу).

### **Висновки**

Варфарин має показання для призначення хворим з підвищеним ризиком тромбоемболічних ускладнень, є високоефективним препаратом. При застосуванні варфарину необхідний ретельний контроль за рівнями міжнародного нормалізованого співвідношення або протромбінового індексу.

### **Література**

1. Чередниченко М.З. Ризик розвитку і профілактика тромбоемболічних ускладнень у хворих з фібриляцією передсердь. – Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" АМН України, м. Київ. – 2011. – 284 с.

2. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий / М.С. Кушаковский. – СПб. : Фолиант, 1999. – 176 с.

3. Место Варфарина в лечении и профилактике тромбоемболий / В.С. Задионченко, Г.Г. Шехян, А.М. Щикота и др. // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 26. – с. 1648.

### **Практические аспекты применения непрямого антикоагулянта варфарина в отделении кардиологии**

**А.П. СЛАВУШЕВИЧ**

**Резюме.** В статье приведены некоторые практические аспекты применения непрямого антикоагулянта варфарина у кардиологических больных. Показана частота больных, которым необходима коррекция дозы варфарина. Приведены клинические случаи успешного применения препарата и его нежелательных эффектов.

**Ключевые слова:** варфарин, тромбоемболические осложнения.

### **Practical challenges for indirect anticoagulant warfarin use in the cardiology department**

**A.P. SLAVUSHEVICH**

**Summary.** In the article, several practical challenges for indirect anticoagulant warfarin use in cardiological patients are presented. The incidence for patients required

*correction of warfarin dose is shown. Case reports of successful usage of this drug are reported as well as adverse effects.*

**Keywords:** *warfarin, thromboembolic complications.*

**УДК 616.12-008-06+616.72-002-06**

## **Изменения функционального состояния желудочков сердца у больных с реактивным артритом**

**А.А. СПАССКАЯ**

**Резюме.** *Для больных с реактивным артритом характерны изменения диастолического наполнения обоих желудочков сердца по гипертрофическому типу, сопровождающиеся нарушением их активной релаксации и повышением жесткости их камер. Уменьшение скоростных и объемных показателей аортального кровотока у этих больных, вероятно, является отражением наличия у них скрытой систолической дисфункции левого желудочка, а увеличение этих же показателей в выносящем тракте правого желудочка – развития его гиперкинетического синдрома как механизма компенсации дисфункции левого желудочка. Описанные изменения, вероятно, свидетельствуют о развитии у больных с реактивным артритом воспалительной кардиопатии и могут создавать предпосылки для развития сердечной недостаточности.*

**Ключевые слова:** *реактивный артрит, правый желудочек, левый желудочек, систолическая функция, диастолическая функция.*

Реактивный артрит (РеА) является одной из наиболее актуальных проблем современной ревматологии, что связано с повышением частоты его возникновения, прогрессирующим течением, значительной частотой утраты трудоспособности и инвалидизации, трудностями диагностики и лечения [1, 4, 7, 9, 13, 16, 20, 21, 25]. Точных данных о распространенности РеА нет, однако известно, что это один из наиболее частых видов артритов у лиц молодого возраста. В Украине заболеваемость РеА составляет 5 случаев на 100 000 населения, а частота инвалидизации – около 15% [5]. Неблагоприятный прогноз заболевания чаще связан не с поражением опорно-двигательного аппарата, а с развитием висцеральных поражений в виде амилоидоза почек или тяжелых поражений сердца [4, 12].

В настоящее время РеА рассматривают как системное заболевание иммунной природы, при котором в патологический процесс могут вовлекаться различные органы и системы организма. Частота поражения сердечно-сосудистой системы у таких пациентов, по данным различных исследователей, колеблется в широких пределах (от 10,0 до 63,8%) [4, 6, 8,