

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів виявив наступну динаміку: больовий синдром регресував у першій групі за 10-13 днів; у 2-й – за 6-9 днів, що на 4-5 днів швидше, ніж у попередніх спостереженнях. Застосування рефлексотерапії та гірудотерапії у пацієнтів 3-ї групи дало змогу зменшити, або зняти больовий синдром після 1-2 сеансів гірудотерапії та 4 сеансів рефлексотерапії з мінімальним використанням медикаментозних засобів. Методом дозованого сухого скелетного витягання у пацієнтів 2-ї групи після 3-4 сеансу досягли значного зменшення больового синдрому у 12 хворих (57%), помірного зменшення болю – у 7 (33%) та у 2 хворих позитивного результату не спостерігалось.

Слід зазначити, що у 2-ї групи пацієнтів тривалість стаціонарного лікування становила 8-11 днів порівняно з першою групою – 12-17 днів, що скоротило тривалість перебування хворих у стаціонарі на 4-6 днів. Часто і тривало хворіючих пацієнтів з рецидивуючим варіантом перебігу захворювання з 2-ї групи сеанси комбіновано терапії (медикаментозне лікування, рефлексотерапія, гірудотерапія та сухе скелетне витягання) привели до швидшого зняття ознак загострення та розвитку стійкої ремісії. Подальше спостереження за цими хворими виявило значно рідше епізоди повторних загострень або їхню відсутність.

ВИСНОВКИ Комплекс стандартного медикаментозного лікування в комбінації з рефлексотерапією та гірудотерапією і сухого скелетного витягання з використанням системи "Triton" у хворих з неврологічними проявами остеохондрозу дає можливість скоротити обсяг медикаментозного

лікування, досягти повного регресу неврологічних симптомів, зменшити тривалість перебування хворих у стаціонарі на 4-6 днів; зменшити тривалість та частоту загострень і попередити розвиток неврологічного дефіциту, що призводить до втрати працездатності у пацієнтів молодого віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ходарев С.В., Гавришев С.В., Молчановський В.В., Агасаров Л.Г. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 607 с.
2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 463 с.
3. Грицай Н.М., Пінчук В.А., Пінчук В.М., Вареник К.А. Сучасні методи діагностики у пацієнтів із вертеброгенними болями в спині // Український неврологічний журнал. – 2008. – № 4(9). – С. 14-17.
4. Nachemson A., Jonsson E. Back Pain – A Scientific Enigma in the New Millennium // J.Phys. Med. Rehab. Kuror. – 2001. – 11. – Р. 2-8.
5. Тарасова Е.И., Козловская Л.Е., Баханович О.К. Физиотерапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Медицинские новости. – 2007. – № 1.
6. Лазарев И.А. Патогенетический метод лечения клинических проявлений остеохондроза позвоночника. – К. – 2002.
7. Алексеева Л.И., Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Кашеварова Н.Г. Современная терапия боли в нижней части спины у больных, страдающих остеоартрозом и остеопорозом // Здоров'я України. – 2008. – № 5.
8. Грунтовский Г.Х., Попов А.И. Основные принципы лечения больового синдрому у пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями поперекового відділу хребта: Методичні рекомендації. – К., 2007. – 15 с.
9. Шкробот С.І., Сохор Н.Р. Диференційований підхід у лікуванні хворих із неврологічними проявами поперекового остеохондрозу // Міжнародний неврологічний журнал. – № 3(25). – 2009. – С. 20-26.

УДК 616.24-002.5-085-039.35

Корнага С.І.

СТУПІНЧАСТА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

СТУПІНЧАСТА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ – Порівняльне вивчення двох способів застосування левофлоксацину у хворих на туберкульоз, передусім із хіміорезистентністю, показало перевагу ступінчастого (внутрішньовенного і перорального) над пероральним. Динамічні зміни зі сторони серцево-судинної системи в процесі тривалої хіміотерапії при цих способах лікування були майже аналогічні.

СТУПЕНЧАТА ТЕРАПІЯ У БОЛЬНИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – Сравнительное изучение двух способов применения левофлоксацина у больных туберкулезом, прежде всего при химиорезистентности, показало преимущество ступенчатого (внутривенного и перорального) над пероральным. Динамические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в процессе длительной химиотерапии при этих способах лечения были почти аналогичны.

STEP THERAPY AT LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS – Comparative study of two methods of application of levofloxacin at tuberculosis patients, foremost with chemoresistance, showed the advantage of step therapy (intravenous and peroral) above the peroral. Dynamic changes from the side of cardiovascular system in the process of the protracted chemotherapy at these methods of treatment were almost similar.

Ключові слова: ступінчаста терапія, левофлоксацин, серцево-судинна система, ефективність лікування.

Ключевые слова: ступенчатая терапия, левофлоксацин, сердечно-сосудистая система, эффективность лечения.

Key words: step therapy, levofloxacin, cardiovascular system, efficiency of treatment.

ВСТУП Своєчасне і правильне лікування хворих на туберкульоз легень дозволяє досягти високого відсотка одужання і одночасно запобігти можливим негативним результатам, а також зменшити масштаби поширення захворювання

[1]. Результати хіміотерапії залежать і від способу введення препарату. При внутрішньовенному введенні в крові утворюються більш високі концентрації препарату незалежно від стану організму хворого, що сприяє його проникненню в тканини, і є більш ефективним при тяжких формах туберкульозу [2]. До того ж, при пірексії, передусім у перші місяці хвороби, піршується всмоктування препаратів зі шлунка.

В останні роки при лікуванні багатьох інфекцій і, зокрема туберкульозу, широко застосовують ступінчасту терапію з послідовним застосуванням ліків парантеральним і пероральним шляхом [2, 3, 4]. Сучасне двохетапне лікування і потреба в тривалому застосуванні фторхінолонів у хворих на мультирезистентний туберкульоз, ступінчаста терапія з послідовним застосуванням препаратів внутрішньовенно і перорально є оптимальним методом лікування. Адже, на інтенсивному етапі лікування, в період активного розмноження МБТ, у крові досягаються високі концентрації препарату (левофлоксацину) впродовж більш тривалого часу, завдяки чому контакт препарату з МБТ майже вдвічі довший, ніж при пероральному застосуванні. Проведення ступінчастої терапії із застосуванням левофлоксацину дозволяє досягати достовірно більш високих результатів лікування у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, ніж при пероральному прийомі [2].

Часте застосування ступінчастої терапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз, створює нагальну потребу вивчити вплив такої терапії і на функціональний стан серцево-судинної системи, що було метою нашого дослідження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Всього обстежено 42 хворих на туберкульоз легень, половина (21 пацієнт) з яких склали основну групу, решта 21 – контрольну. Групи обстежуваних були репрезентативними. Вік пацієнтів I групи коливався в межах 19-61 року, II- групи – 21-66 років. Хворих чоловічої статі в основній групі було 17 (80,95 %), жіночої – 4 (38,05 %); в контрольній групі відповідно 18 (85,71 %) і 3 (14,29 %). За типом туберкульозного процесу хворих основної групи розділили таким чином: ВДТБ був у 8 (38,10 %), РТБ – у 6 (28,57 %) і ХТБ – у 7 (33,33 %); в контрольній групі відповідно по 7 (33,33 %) пацієнтів кожного типу. За клінічними формами туберкульозу, як в I так і II групі було по 7 осіб з інфільтративною, дисемінованою і фіброзно-кавернозною формами. Порожнини розпаду були однаково часто в I і II групах – по 19, мікобактерії туберкульозу хворих I групи виділяли у 16 осіб, II групи – у 17. В основній групі хворих монорезистентність спостерігалася у 2 (12,50 %) хворих, полірезистентність – у 5 (31,25 %) і мультирезистентність – у 7 (43,75 %) хворих; у осіб контрольної групи відповідно монорезистентність була у 2 (11,76 %), полірезистентність – у 4 (23,53 %) і мультирезистентність – у 3 (17,65 %) пацієнтів.

Лікування хворих I-II груп проводилось 4-ма протитуберкульозними препаратами, до яких зберігалась чут-

ливість МБТ (переважно піразинамідом, етамбутолом, канаміцином і етіонамідом) і левофлоксацином ступінчасто: на інтенсивному етапі протягом 2-х місяців лікування – внутрішньовенно краплинно (протягом 30-45 хв) два рази на день в добовій дозі 1,0 г. На підтримувальному етапі левофлоксацин застосовували перорально до двічі по 1,0 г на день. Пацієнтам II групи ступінчасту терапію не проводили, тобто левофлоксацин внутрішньовенно не вводили.

Вивчалась симптоматика серцево-судинної патології у хворих I групи щодо застосування внутрішньовенного введення левофлоксацину, через 2 год після внутрішньовенного введення, після закінчення інтенсивного етапу лікування та перед випискою. Відповідно проводилась хіміотерапія у хворих II групи (без застосування ступінчастої терапії). Результати дослідження статистично опрацьовувались з використанням показника достовірності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Скарги і об'єктивні симптоми з боку серцево-судинної системи до застосування левофлоксацину у хворих основної групи констатовано у 76,19 % осіб, а у контрольній групі – у 80,95 %. Після закінчення лікування левофлоксацином відповідно у 38,09 % і 47,62 %, а перед випискою – у 52,38 % і 61,90 % (таблиця 1).

Таблиця 1. Симптоми серцево-судинної патології у хворих на туберкульоз легень при ступінчастій та звичайній терапії

Скарги і об'єктивні симптоми	Групи	До лікування	Через 2 год після препарату	Після закінчення інтенсивного 2-х місячного лікування	Наприкінці лікування (перед випискою)
Біль у ділянці серця	I	2 (9,52 %)	8 (38,10 %)*	-	-
	II	3 (14,29 %)		1 (4,76 %)	1 (4,76 %)
Серцебиття	I	12 (57,14 %)	9 (42,83 %)	4 (19,05 %)*	2 (9,52 %)*
	II	14 (66,67 %)		7 (33,33 %)*	5 (23,81 %)*
Головний біль	I	2 (9,52 %)	9 (42,86 %)*	-	-
	II	2 (9,52 %)		-	-
Задишка	I	15 (71,43 %)	8 (38,09 %)*	4 (19,05 %)*	2 (9,52 %)*
	II	16 (76,19 %)		10 (47,62 %)**	6 (28,57 %)*
Ціаноз	I	4 (19,05 %)	3 (14,29 %)	1 (4,76 %)	1 (4,76 %)
	II	1 (4,76 %)		-	-
Набряки	I	2 (9,52 %)	2 (9,52 %)	-	-
	II	2 (9,52 %)		-	-
Глухі тони серця	I	5 (23,81 %)	4 (19,05 %)	2 (9,52 %)	3 (14,29 %)
	II	7 (33,33 %)		4 (19,05 %)	3 (14,29 %)
Систолічний шум на верхівці серця	I	3 (14,29 %)	2 (9,52 %)	1 (4,76 %)	3 (14,29 %)
	II	2 (9,52 %)		2 (9,52 %)	2 (9,52 %)
Біль у правому підребер'ї	I	8 (38,09 %)	5 (23,81 %)	4 (19,05 %)	2 (9,52 %)*
	II	5 (23,81 %)		2 (9,52 %)	1 (4,76 %)
Збільшення печінки	I	11 (52,38 %)	6 (28,57 %)	4 (19,05 %)*	3 (14,29 %)*
	II	9 (42,86 %)		3 (14,29 %)*	2 (9,52 %)*
Акцент II ^{-го} тону на легеневій артерії	I	1 (4,76 %)	3 (14,29 %)	3 (14,29 %)	4 (19,05 %)
	II	1 (4,76 %)		2 (9,52 %)	3 (14,29 %)
Кількість хворих	I	16 (76,19 %)	17 (80,95 %)	8 (38,09 %)*	11 (52,38 %)
	II	17 (80,95 %)		10 (47,62 %)*	13 (61,90 %)

Примітки: 1. * – різниця достовірна порівняно з показниками до лікування; 2. ** – різниця достовірна між показниками I і II груп.

Отже, у хворих, яким проводили ступінчасту терапію, патологічні симптоми з боку серцево-судинної системи зникали швидше і частіше, ніж у пацієнтів, яким не проводили ступінчасту терапію. У хворих I групи швидше зникали явища тубінтоксикації, краще перебігали репаративні процеси, що сприяло покращенню функціонального стану серцево-судинної системи. Однак варто зазначити, що безпосередньо (через 2 год) після внутрішньовенного введення левофлоксацину спостерігалася деяка почастішання скарг з боку серцево-судинної системи, зокрема хворі частіше відмічали біль у ділянці серця, головний біль. Це вимагає індивідуального підходу при призначенні лікування, зокрема внутрішньовенного введення фторхінолонів.

Стосовно показників гемодинаміки (таблиця 2), в обох групах хворих суттєво різниці в процесі тривало

хіміотерапії не виявлено. Лише через 2 год після внутрішньовенного введення левофлоксацину спостерігалось незначне зниження систолічного, діастолічного і середньодинамічного тиску, а також ударного об'єму крові, що свідчить про незначний безпосередній негативний вплив левофлоксацину на функціональний стан міокарда.

Електрокардіографічні динамічні показники в процесі антимікобактеріальної терапії в обох групах були доволі подібними (таблиця 3). Однак через 2 год після внутрішньовенного введення левофлоксацину відмічено незначне сповільнення передсердно-шлуночкової провідності і достовірне подовження інтервалу Q-T, зменшення сумарних R_I+R_{II}+R_{III} і T_I+T_{II}+T_{III}, що є проявом безпосереднього негативного впливу на міокард.

Таблиця 2. Показники гемодинаміки у хворих на туберкульоз легень при ступінчастій та звичайній терапі (M±m)

Показники гемодинаміки		Групи	До лікування	Через 2 год після препарату	Після закінчення інтенсивного 2-х місячного лікування	Наприкінці лікування (перед випискою)
Пульс (за 1 хв)		I	94±3,57	88±3,77	90±4,22	84±3,29*
		II	93±2,82		86±2,76	80±3,56*
Арт. тиск в мм рт. ст.	систоличний	I	109±3,75	106±4,31	108±3,48	111±3,24
		II	119±4,18		116±2,89	118±2,93
	діастолічний	I	68±1,78	67±2,28	67±1,84	69±1,96
		II	73±2,79		72±1,91	72±2,15
СДТ, в мм рт. ст.		I	81±2,39	80±2,94	81±2,33	83±2,35
		II	88±2,96		87±1,94	87±2,20
УО, в мл		I	57,2±1,59	56,4±1,62	57,4±1,59	57,1±1,65
		II	47,1±2,62		47,5±2,31	47,4±2,34
ХОК, в мл		I	5367,5±268,83	4967,8±249,61	5152,9±271,96	4836,7±276,28
		II	4194,7±369,81		4067,9±259,21	3604,9±348,36
ПО, в кПа·с/л		I	130 ±10,17	140 ±12,97	135 ±10,29	149 ±12,18
		II	195±10,27		185±12,90	224±12,45

Примітка. * – різниця достовірна порівняно з показниками до лікування (P<0,05).

Таблиця 3. Електрокардіографічні показники у хворих на туберкульоз легень при ступінчастій та звичайній терапі (M±m)

Показники ЕКГ		Групи	До лікування	Через 2 год після препарату	Після закінчення інтенсивного 2-х місячного лікування	Наприкінці лікування (перед випискою)	
Ширина інтервалів в с	P	I	0,081±0,0019	0,083±0,0024	0,085±0,0016	0,084±0,0022	
		II	0,083±0,0035		0,088±0,0031	0,092±0,0032	
	P-Q	I	0,137±0,0045	0,141±0,0035	0,140±0,0037	0,138±0,0027	
		II	0,131±0,0091		0,146±0,0046	0,158±0,0044	
	QRS	I	0,088±0,0024	0,087±0,0026	0,090±0,0031	0,090±0,0027	
		II	0,082±0,0031		0,087±0,0028	0,090±0,0027*	
	Q-T	I	0,326±0,0064	0,361±0,0060*	0,329±0,0071	0,334±0,0069	
		II	0,345±0,0063		0,349±0,0072	0,384±0,0089*	
	Q-Tc	I	0,404±0,0045	0,400±0,0055	0,398±0,0052	0,394±0,0059	
		II	0,430±0,0062		0,400±0,0072	0,410±0,0048*	
	R-R	I	0,655±0,0269	0,701±0,0297	0,690±0,0318	0,735±0,0265*	
		II	0,620±0,0334		0,711±0,0233*	0,840±0,0349*	
Амплітуда зубців в мм	P _I	I	0,619±0,0476	0,670±0,0527	0,548±0,0476	0,643±0,0611	
		II	0,571±0,0522		0,667±0,0527	0,682±0,0199*	
	P _{III}	I	1,095±0,131	1,119±0,154	1,095±0,136	1,071±0,189	
		II	1,33±0,196		1,26±0,197	1,23±0,164	
	P _{avF}	I	1,41±0,181	1,33±0,177	1,33±0,166	1,33±0,193	
		II	1,36±0,219		1,74±0,328	1,25±0,161	
	R _I	I	4,12±0,372	4,38±0,422	4,43±0,392	4,36±0,494	
		II	2,26±0,327		2,88±0,405	2,84±0,337	
	R _{II}	I	11,24±0,959	10,95±0,930	11,38±0,929	11,19±0,889	
		II	10,12±1,015		10,95±1,061	8,28±0,803	
	R _{III}	I	8,05±0,904	7,71±0,805	8,19±0,891	8,25±0,861	
		II	8,24±1,12		10,05±1,84	6,73±0,831	
	R _{avF}	I	9,36±0,867	9,26±0,937	9,45±0,873	9,10±0,958	
		II	8,74±0,976		9,67±1,07	7,73±0,839	
	T _I	I	1,31±0,197	1,24±0,178	1,26±0,208	1,17±0,152	
		II	0,726±0,107		0,905±0,132	0,818±0,141	
	T _{II}	I	2,49±0,328	2,07±0,345	2,29±0,374	2,24±0,288	
		II	2,07±0,317		2,38±0,269	2,18±0,344	
	T _{III}	I	0,929±0,291	0,670±0,224	0,929±0,281	0,881±0,229	
		II	1,31±0,245		1,57±0,239	1,39±0,278	
	T _{avF}	I	1,60±0,292	1,190±0,272	1,55±0,332	1,38±0,277	
		II	1,48±0,248		1,91±0,241	1,75±0,301	
	R _I +R _{II} +R _{III}		I	7,80±1,01	7,68±0,946	8,00±0,988	7,95±0,831
			II	6,75±1,15		6,78±1,37	5,90±1,01
T _I +T _{II} +T _{III}		I	1,56±0,307	1,33±0,285	1,49±0,318	1,43±0,203	
		II	1,37±0,264		1,77±0,253	1,46±0,296	
Кут α		I	69±5,97	67±5,51	65±5,68	67±5,55	
		II	76±4,51		74±5,69	76±5,44	

Примітка. * – різниця достовірна порівняно з ЕКГ-показниками до лікування (P < 0,05).

Значно вища ефективність лікування константована у хворих, яким проводили ступінчасту терапію із застосуванням левофлоксацину. Зокрема, в I групі хворих загонення порожнини розпаду наступило у 63,16 %, в II – у 47,37 %; припинення бактеріовиділення відповідно у 100 % і 76,47 % хворих ($P < 0,05$).

Отже, порівняння ефективності лікування при двох способах застосування левофлоксацину з іншими препаратами у хворих на туберкульоз легень, передусім з хіміорезистентністю, показало перевагу ступінчастого (внутрішньовенного і перорального) над пероральним.

ВИСНОВКИ 1. Проведення ступінчасто терапію із застосуванням левофлоксацину дозволяє досягти більш високих результатів при лікуванні хворих на туберкульоз, ніж лише при пероральному прийомі препарату.

2. У процесі антимікобактеріально терапію зміни з боку серцево-судинно системи в обох групах хворих були майже аналогічними.

3. Почастішання через 2 год скарг і змін з боку серцево-судинно системи (головний біль, біль у ділянці серця, а також незначне зниження артеріального тиску і ударного об'єму крові) є підставою не застосовувати внутрішньовенних інфузій фторхінолонів у хворих, в яких є до них протипоказання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко Ю.І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні [Виробниче видання] [Текст] / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2007. – 664 с.
2. Черненко С.О. Ступінчаста терапію із застосуванням ципрофлоксацину при мультирезистентному туберкульозі легень [Текст] / С.О. Черненко, О.Р. Тарасенко // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3-4. – С. 41-44.
3. Синопальников А.И. Левофлоксацин: ступенчатая терапия внебольничной пневмонии у взрослых [Текст] / А.И. Синопальников, В.К. Дуганов // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 15. – С. 650-655.
4. Яковлев В.П. Изучение левофлоксацина в России [Текст] / В.П. Яковлев, С.В. Яковлев // Инфекции и антимикробная терапия. – 2004. – № 4. – С. 108-114.

УДК 616.127 – 005.8-02:616.125.2] + 616.233 – 002

Швед М.І., Маслій С.М., Гребеник М.В., Вівчар Н.М. РОЛЬ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ В АРИТМОГЕНЕЗІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Обласна клінічна лікарня, м.Рівне

РОЛЬ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ В АРИТМОГЕНЕЗІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ – Проаналізовано вплив післяінфарктного ремоделювання лівого передсердя на механізми аритмогенезу, зокрема виникнення фібриляції передсердь в умовах хронічно бронхіально обструкції. Ремоделювання лівого передсердя є закономірним процесом, що ініціюється первинним uszkodженням лівого шлуночка і не обмежується лише структурно-геометричними порушеннями, але й паралельно супроводжується функціональним і електрофізіологічним ремоделюванням міокарда. Аритмогенний потенціал дилатованого лівого передсердя підтверджено результатами холтеровського моніторингу ЕКГ, аналізом дисперсії реполяризації, варіабельності серцевого ритму, неінвазивним електрофізіологічним дослідженням та черезстравохідною кардіостимуляцією.

РОЛЬ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ В АРИТМОГЕНЕЗІ БОЛЬНИХ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА С СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАБОЛЕВАННЯМ ЛЕГКИХ – Проаналізовано вплив постінфарктного ремоделювання лівого передсердя на механізми аритмогенезу, в частині виникнення фібриляції передсердь в умовах хронічної бронхіальної обструкції. Ремоделювання лівого передсердя являється закономірним процесом, ініціюється первинним пошкодженням лівого шлуночка, яке не обмежується структурно-геометричними порушеннями, але й паралельно супроводжується функціональним і електрофізіологічним ремоделюванням міокарда. Аритмогенний потенціал дилатованого лівого передсердя підтверджено результатами холтеровського моніторингу ЕКГ, аналізом дисперсії реполяризації, варіабельності серцевого ритму, неінвазивним електрофізіологічним дослідженням та черезстравохідною кардіостимуляцією.

ROLE OF LEFT ATRIUM IN ARRHYTHMOGENESIS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND CONCOMITANT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE – The present study aims to analyze the role of postinfarction left atrial remodeling in arrhythmogenesis (in particular, in the onset of atrial fibrillation) in patients with chronic bronchial obstruction. Left atrial remodeling is a naturally expected process resulting from the primary left ventricular impairment. It is characterized not only by alterations of structure and geometry, but also by myocardial functional and electrophysiological remodeling. The arrhythmogenicity of the dilated left atrium has been confirmed by means of Holter ECG monitoring, dispersion of repolarization and heart rate variability analysis, non-invasive electrophysiological studies and transesophageal atrial pacing.

Ключові слова: інфаркт міокарда, хронічне обструктивне захворювання легень, фібриляція передсердь.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, хроническое обструктивное заболевание легких.

Key words: myocardial infarction, chronic obstructive pulmonary disease, atrial fibrillation.

ВСТУП Аритмі були і залишаються актуальною проблемою кардіології. Найбільш поширеним порушенням ритму в клінічній практиці є фібриляція передсердь (ФП) [1]. Згідно з сучасними статистичними даними поширеність ФП в популяції становить 0,4-1,0 % і суттєво зростає з віком – від 0,1 % у віці менше 50 років, до 9 % – у 70-80 років, а у осіб старше 80 років – у 15 % [1, 2]. В Україні нараховується понад 1,5 млн хворих на миготливу аритмію і згідно з результатами вітчизняного епідеміологічного дослідження, за останні 25 років поширеність ФП в українській популяції збільшилась у 6 разів [2]. Необхідними умовами для виникнення ФП вважають наявність функціонального (електрофізіологічного) або анатомічного субстрату, тригерних (пускових) факторів та механізмів підтримання аритмії (ремоделюючих). До анатомічних факторів, що сприяють виникненню і утриманню ФП, відносять збільшення об'єму передсердь (особливо лівого), збільшення вухка лівого передсердя і порушення його функції, наявність внутрішньопередсердних тромбів. Готовності лівого передсердя (ЛП) до пароксизму фібриляції сприяють метаболічні порушення [3, 4].

Якщо аритмі при інфаркті міокарда (ІМ) є закономірним процесом, пов'язаним із порушенням електрофізіологічних властивостей міокарда унаслідок постінфарктного ремоделювання серця і нерідко визначають фатальний прогноз [5], то дані щодо частоти і різновидів аритмій у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є досить суперечливими [6]. На сьогодні недостатньо вивчено вплив хронічно бронхіально обструкції на розвиток та характер аритмій в процесі формування постінфарктного серця при поєднаній патології, особливо механізмів розвитку і персистенції ФП.