tumour lesions in the stomach was as follows: 43 (62.3%) cases found in the body region and 22 (31.9%) found in the proximal section (of which 14 (20.3%) were in the cardia (Type III according to Siewert J.R.), 8 (11.6%) patients had the transition to the abdominal oesophagus (type II according to Siewert JR), 4 (5.8%) patients had the tumour located in the stump of the resected organ. Histologically, the vast majority of neoplasms were represented by adenocarcinoma (94.8%). All other types of tumours made up for 5.2%. The patients received photodynamic therapy with the Photolon photosensitizer and subsequent irradiation with a laser with a wavelength $\lambda = 0.67 \mu\text{m}$ crossed irradiation fields, which was introduced through the biopsy channel of the endoscope. The light dose and the number of irradiation sessions were determined depending on the degree of damage to the oesophagus and stomach (from 4 to 7 sessions). The light dose of the session was up to 200 J. The power density of the laser radiation is 25 mW/cm^2 . Endoscopic photodynamic therapy can be used at the stage of combined treatment in combination with chemotherapy and surgery and is an effective means of preventing the failure of the oesophageal-small intestinal anastomosis in the early postoperative period. Due to photodynamic therapy in the preoperative period, the number of complications in the early postoperative period has significantly decreased. The leakage of the oesophageal-intestinal anastomosis developed in 4 cases, which make up 5.8%.

DOI 10.31718/2077-1096.21.1.6

УДК 616.12-005.4:616.132.2-085

Гогасва О.К.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ІХС ВИСОКОГО РИЗИКУ ПІСЛЯ ВІНЦЕВОГО ШУНТУВАННЯ

ДУ «Національний Інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», м. Київ

З кожним роком зростає кількість хворих, яким виконана хірургічна реваскуляризація міокарда. З'являються нові регіональні центри, а перед кардіологом стає важливе питання ведення пацієнтів після кардіохірургічного втручання. Мета: проаналізувати особливості медикаментозної терапії хворих на ішемічну хворобу серця з високим ризиком після хірургічної реваскуляризації міокарду. Матеріал і методи: Проведено ретроспективний аналіз даних 194 пацієнтів (відібраних методом випадкової вибірки) з високим ризиком, які були прооперовані та виписані з Національного Інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова Національної Академії Медичних Наук України в період 2009–2019 рр. Середній вік хворих становив $64,2 \pm 8,9$ років. Всім пацієнтам проведені: стандартні лабораторно-клінічні дослідження, коронарографія та вінцеве шунтування. Результати: На тлі синусового ритму оптимальним є призначення подвійної антиагрегантної терапії. При наявності фібриляції передсердь рекомендована комбінація антиагреганта з антагоністом вітаміну К або нові оральні антикоагулянти. Ліпідознижуюча терапія ініціюється всім пацієнтам до оперативного втручання в повній дозі під контролем ліпопротеїдів низької щільності, печінкових ферментів та сироваткового креатиніну. Гастропротективна терапія пантопразолом повинна проводитись всім пацієнтам після реваскуляризації міокарду. При призначенні антигіпертензивної терапії в післяопераційному періоді важливо враховувати ступінь стенозу брахіоцефальних артерій. Висновки: Медикаментозне лікування пацієнтів після операції коронарного шунтування має проводитись персоналізовано та за принципом "Non nocere" – не нашкодь з урахуванням кардіального статусу та коморбідної патології.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, пацієнт високого ризику, вінцеве шунтування, працююче серце, медикаментозна терапія, подвійна антиагрегантна терапія.

Зв'язок роботи з науковою темою «Розробити та впровадити систему попередження ускладнень та підвищити ефективність хірургічного лікування ІХС у пацієнтів високого ризику» (номер державної реєстрації 0120U103769).

З кожним роком зростає кількість хворих, яким виконана хірургічна реваскуляризація міокарда. З'являються нові регіональні центри, а перед кардіологом стає важливе питання ведення пацієнтів після кардіохірургічного втручання. Особливості проведення оперативного втручання, раннього післяопераційного періоду та коморбідних станів впливають на схему медикаментозної терапії. За літературними даними призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) протягом 6 годин після коронарного шунтування (КШ) сприяє поліпшенню прохідності шунтів, запобігає несприятливим серцево-судинним подіям та покращує довготривале виживання [1,2]. Також до-

сліджують роль інших антиагрегантів, включаючи клопидогрель, після хірургічного втручання для запобігання оклюзії трансплантата та уповільнення прогресування атеросклеротичних уражень нативних вінцевих артерій [3,4]. Спостерігають незначне поліпшення прохідності венозного шунта при додаванні клопидогрелю до АСК після КШ на працюючому серці [2, 4], але деякі автори не виявили ніякої користі від призначення клопидогрелю після операції. При аналізі даних більше 25000 пацієнтів Део зі співавторами повідомили, що додавання клопидогрелю до АСК знижує ризик оклюзії венозного шунта на 41% ($p=0,02$), але ціною підвищеного ризику кровотеч

у порівнянні з ізольованим призначенням АСК [4]. Важливо, що перевага додаткового призначення клопидогрелю ефективна у разі виконання операцій без використання штучного кровообігу. Поточні настанови [1,5] рекомендують подвійну антитромбоцитарну терапію для пацієнтів після КШ на працюючому серці. Відомо, що статини зменшують прогресування атеросклерозу нативних артерій, уповільнюють процес атеросклеротичного ураження венозних шунтів та зменшують несприятливі серцево-судинні події після хірургічної реваскуляризації. Пацієнти після реваскуляризації міокарда відносяться до категорії дуже високого ризику, тому цільовий рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) для них становить $\leq 1,4$ ммоль/л або зменшення на 50% від вихідного рівня згідно рекомендацій європейського товариства кардіологів та товариства по атеросклерозу за 2019 рік [6]. Використання високоінтенсивної терапії статинами (з дозуванням аторвастатину 80 мг або розувастатину 20-40 мг) для досягнення ще більшого зниження ліпопротеїнів низької щільності до 1,4 ммоль/л та менше. Для пацієнтів, які не переносять високі дози статинів та тих, хто має протипоказання, може бути розглянутий езетиміб, оскільки було показано, що він покращує серцево-судинні результати при додаванні симвастатину в дозі 40 мг у дослідженні IMPROVE-IT [7]. Велика надія покладається на використання інгібіторів PCSK9, але на сьогоднішній день доступна обмежена клінічна інформація, щодо їх використання після КШ [8]. Велике різноманіття супутньої патології, а також особливості операційного періоду потребують персоналізованого підходу.

Мета

Проаналізувати особливості медикаментозної терапії хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з високим ризиком після кардіохірургічних втручань.

Матеріал і методи

Проведено ретроспективний аналіз даних 194 пацієнтів (відібраних методом випадкової вибірки) з ІХС високого ризику, які були прооперовані та виписані з НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України в період 2009–2019 рр. Середній вік хворих становив $64,2 \pm 8,9$ років. Всім пацієнтам проведені стандартні клініко-лабораторні дослідження, коронарографія та вінцеве шунтування.

Результати дослідження та їх обговорення

При стратифікації ризику напередодні оперативного лікування за шкалою EuroSCORE II пацієнти віднесені до категорії високого ризику та в середньому мали ризик виникнення летального результату 7,78%. Важкість хворих була обумовлена не тільки кардіальним статусом, а й наявністю коморбідних станів. При проведенні скринінгу супутньої патології напередодні оперативного втручання виявилось, що 50 (25,7%) пацієнтів мали цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, 74 (38,1%) страждали на ожиріння, 75 (38,6%) пацієнтів мали хронічну хворобу нирок (ХХН) G3a-G4 стадії, 27 (14,4%) - перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) в анамнезі. Деталізовано коморбідні стани пацієнтів дослідної групи представлені на рисунку 1.

Рис. 1. Коморбідні стани пацієнтів дослідної групи (n-194).

Всі пацієнти мали гемодинамічно позначені ураження вінцевих артерій та потребували виконання коронарного шунтування (КШ). Оперативне втручання у плановому порядку проведено у 139 (71,6%) пацієнтів, а за екстреними по-

казами – у 55 (28,3%) пацієнтів. Доступ через серединну стернотомію виконаний у 193 (99,5%) пацієнтів, бокову торакотомію по IV міжребір'ю зліва проведено 1 (0,5%) пацієнту з морбідним ожирінням III ст. Реваскуляризація міокарду ви-

конувалась на працюючому серці у 187 (96,3%) пацієнтів. КШ в умовах штучного кровообігу (ШК) проведено у 7 (3,6%) осіб. Кількість шунтів в середньому становила $3,37 \pm 0,96$, що забезпечило повну реваскуляризацію міокарду. Внутрішню грудну артерію (ВГА) використовували у 167 (86,02%) пацієнтів.

В лікуванні пацієнтів після хірургічної реваскуляризації міокарду необхідно дотримуватись персоналізованого підходу з урахування як кардіального статусу, так і супутньої патології.

Медикаментозна терапія передбачає призначення окремих груп препаратів: антиагреганти/антикоагулянти; ліпідознижуюча терапія; антигіпертензивні препарати: Б-блокатори, інгібітори АПФ/сартани, антагоністи кальцію; антибактеріальна терапія; гастропротектори; посимптомне лікування та терапія супутніх станів.

Не дивлячись на те, що в світовій літературі [1,2,3,4,5] продовжуються дебати стосовно необхідності призначення подвійної антиагрегантної терапії, в Інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова вже біля 20 років призначається комбінація ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та клопідогрелю. Аналіз післяопераційної медикаментозної терапії пацієнтів дослідної групи показав, що АСК отримували 193 (99,4%) пацієнта, клопідогрель 170 (87,6%) осіб, антагоністи вітаміну К призначено 29 (14,9%) пацієнтам, нові оральні антикоагулянти (НОАК) отримували 4 (2,06%) хворих. Антикоагулянтна терапія призначалась у більшості випадків пацієнтам з фібриляцією передсердь (ФП), а також при наявності тромбофлебиту нижніх кінцівок.

З метою гастропротекції призначались інгібітори протонної помпи, а саме – пантопразол, який отримували всі 194 (100%) пацієнти. Згідно патенту № 99209 [9] з метою профілактики шлунково-кишкових ускладнень після хірургічної реваскуляризації на тлі подвійної антиагрегантної терапії превентивне медикаментозне лікування полягало у призначенні пантопразолу в дозі 40 мг протягом 14 діб, з наступним призначенням пантопразолу в дозі 20 мг 3 рази на тиждень, протягом 3 місяців, з повторенням курсу 2 рази на рік. Пацієнтам з анамнезом шлунково-кишкових кровотеч або при невиконанні фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) перед операцією призначалась гастропротективна терапія як при гострій виразці гастродуоденальної ділянки – пантопразол 40 мг 2 рази на добу. Антихелікобактерну терапію отримували 4 (2,06%) пацієнта.

Вторинна профілактика прогресування атеросклеротичного процесу після реваскуляризації міокарду, згідно сучасних рекомендацій, передбачає обов'язкове призначення статинів з цільовим рівнем ЛПНЩ $\leq 1,4$ ммоль/л [6-8]. Важливо ініціювати прийом ліпідознижуючої терапії ще до операції. Періопераційний контроль рівнів ЛПНЩ в рамках цього дослідження не проводили. При вступі пацієнтам контролювали загальний рівень холестерину крові, який в середньому становив

$4,4 \pm 1,4$ ммоль/л (діапазон 1,1 – 14,9 ммоль/л), та тригліцериди, що в середньому становили $1,75 \pm 1,3$ ммоль/л (діапазон 0,4 – 14,4 ммоль/л). Ліпідознижуючу терапію отримували всі 194 (100%) пацієнти, серед яких аторвастатин призначений 150 (77,3%) пацієнтам, розувастатин вживали 26 (13,4%) осіб, фібрати отримували 18 (9,2%) пацієнтів. Вибір статину та його дозування залежали від коморбідних станів та індивідуальних особливостей пацієнтів, у разі тенденції до підвищення в післяопераційному періоді сироваткового креатиніну рекомендований перехід з розувастатину на аторвастатин, а у разі зниження швидкості клубочкової фільтрації < 30 мл/хв/1,73 м² препарати групи розувастатину протипоказані.

Пацієнти в перші дні після оперативного втручання, як правило, мають гіпотензію, що проте мінімальні дози інгібіторів АПФ отримували 106 (54,6%) пацієнтів, сартани приймали 15 (7,7%) осіб. Для контролю ЧСС, подовження діастолі та з антиаритмічною метою 183 (94,3%) пацієнтам було призначено Б-блокатори. Антагоністи кальцію отримували 8 (4,1%) осіб. Комбінований засіб, що містить сакубітріл та валсартан, був призначений 3 (1,5%) пацієнтам з низькою фракцією викиду. При призначенні антигіпертензивної терапії в післяопераційному періоді дуже важливо враховувати ступінь стенозу брахіоцефальних артерій, у разі гемодинамічно позначеного ($>70\%$) стенозу внутрішніх сонних артерій, значне зниження артеріального тиску може призвести до ГПМК внаслідок гіпоперфузії.

Антиаритмічна терапія аміодароном призначалась в післяопераційному періоді 109 (56,1%) пацієнтам, як з превентивною, так і з лікувальною метою. Івабрадін отримували 13 (6,7%) хворих зі стійкою синусовою тахікардією, що зберігалась на тлі терапії Б-блокаторами.

З метою лікування та профілактики набрякового синдрому пацієнтів зі зниженою фракцією викиду ініційований прийом сечогінних препаратів. Фуросемід був призначений 25 (12,8%) хворим, торасемід вживали 9 (4,6%) пацієнтів. Серед калійзберігаючих сечогінних 24 (12,3%) пацієнта отримували еплеренон, а 45 (23,1%) осіб – верошпірон. Призначення діуретичної терапії проводилось під контролем рівня калію та сироваткового креатиніну крові. Препарати калію для корекції електролітних порушень призначені 152 (78,3%) пацієнтам коротким курсом.

З метою профілактики спазму вінцевих артерій на тлі інтрамурального їх розташування згідно патенту на винахід № 94365 [10] – 8 (4,1%) пацієнтам призначено препарати магнію у добовому дозуванні 400 мг.

Антибактеріальна терапія (АБТ) призначалась всім пацієнтам на початку операції перед виконанням розрізу. Вибір АБТ, як правило, базувався на підставі антибактеріального паспорту відділення з визначенням чутливості мікроорганізмів з посівів ран та мокрот пацієнтів. Врахо-

вуючі велику кількість пацієнтів з порушеннями вуглеводного обміну та підвищеним ризиком виникнення інфекційних ускладнень більшості пацієнтам було призначено цефалоспорины III генерації – цефтазидим 71 (36,5%) пацієнтам, цефтріаксон – 25 (12,8%) осіб, цефоперазон – 6 (3,09%) хворих. У 46 (23,7%) випадках вводили комбіновані антибактеріальні засоби (сульбактомакс – комбінація сульбактаму натрію з цефтріаксоном), 39 (20,1%) пацієнтів отримували цефалоспорины II генерації (цефуросим), 4 (2,06%) хворим призначено оксазолідон (лінезолід), 2 (1,03%) пацієнта отримували карбапене-

ми, 1 (0,51%) хворому цефтазидим комбінували з азитроміцином.

Метаболічну терапію в післяопераційному періоді отримували 73 (37,6%) пацієнти. Не дивлячись існуюче скептичне відношення до метаболічних препаратів, спостерігався позитивний результат при призначенні метаболічної терапії в періопераційному періоді, особливо пацієнтам з порушеннями обміну глюкози. На рисунку 2 представлені ЕКГ пацієнта С. з політопними шлуночковими екстрасистолами після хірургічної ревазуляризації міокарда та результат терапії метаболічним препаратом.

Рис. 2. ЕКГ пацієнта С. після коронарного шунтування. А – політопні шлуночкові екстрасистолі. Б – запис ЕКГ через 30 хвилин після внутрішньовенного введення метаболічного препарату – відсутність порушень ритму серця.

Рис. 3. Основні групи препаратів, що призначались пацієнтам після операції.

Основні групи препаратів, що призначались пацієнтам дослідної групи представлені на рис. 3.

Препарати інших лікарських груп призначались пацієнтам посимптомно у разі виникнення необхідності. Виписка пацієнтів, з наданням рекомендацій по подальшій медикаментозній терапії, відбувалась в середньому на 8,4+3,5 добу після КШ. Не слід забувати, що для реабілітації пацієнтів в післяопераційному періоді окрім персоналізованої медикаментозної терапії, важливе повноцінне дієтичне харчування, дозована фізична активність, дихальна гімнастика, нормалізація маси тіла, відмова від шкідливих звичок та компенсація усіх супутніх станів.

Висновки

1. Медикаментозне лікування пацієнтів після операції КШ має проводитись персоналізовано та за принципом – не нашкодь з урахуванням кардіального статусу та коморбідної патології.

2. На тлі синусового ритму оптимальним є призначення подвійної антиагрегантної терапії. При наявності фібриляції передсердь рекомендована комбінація антиагреганта з антагоністом вітаміну К або НОАК.

3. Ліпідознижуюча терапія ініціюється всім пацієнтам до оперативного втручання в повній дозі під контролем ЛПНЩ, печінкових ферментів та креатиніну.

4. Гастропротективна терапія пантопразолом повинна проводитись всім пацієнтам після ревазуляризації міокарду.

5. При призначенні антигіпертензивної терапії в післяопераційному періоді важливо враху-

вати ступінь стенозу брахіоцефальних артерій.

Література

1. Kulik A, Ruel M, Jneid H, et al. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015;131:927-64. doi:10.1161/CIR.0000000000000182.
2. Kulik A. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a primer. *Curr Opin Cardiol* 2016;31:635-43. doi: 10.1097/HCO.0000000000000331.
3. Une D, Al-Atassi T, Kulik A, Voisine P, Le May M, Ruel M. Impact of clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone on the progression of native coronary artery disease after bypass surgery: analysis from the Clopidogrel After Surgery for Coronary Artery Disease (CASCADE) randomized trial. *Circulation* 2014;130(11 Suppl 1):S12-8. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.008227.
4. Deo SV, Dunlay SM, Shah IK, et al. Dual anti-platelet therapy after coronary artery bypass grafting: is there any benefit? A systematic review and meta-analysis. *J Card Surg* 2013;28:109-16. doi: 10.1111/jocs.12074.
5. Sousa-Uva M, Head SJ, Milojevic M, et al. 2017 EACTS Guidelines on perioperative medication in adult cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2018;53:5-33. doi: 10.1093/ejcts/ezx448.
6. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, Chapman MJ, De Backer GG, Delgado V, Ference BA, Graham IM, Halliday A, Landmesser U, Mihaylova B, Pedersen TR, Riccardi G, Richter DJ, Sabatine MS, Taskiran MR, Tokgozoglu L, Wiklund O; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. PMID: 31504418.
7. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2015;372:2387-97. doi: 10.1056/NEJMoa1410489.
8. Sabatine MS, Giugliano RP, Wiviott SD, et al. Efficacy and safety of evolocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2015;372:1500-9. doi: 10.1056/NEJMoa1500858.
9. Rudenko, O.Gogayeva, M. Rudenko inventors; Amosov National Institute of cardiovascular surgery National Academy of sciences of Ukraine", assignee. Method of prevention of gastrointestinal complications in patients after coronary bypass grafting surgery. Ukraine patent 99209. 2012 Jul 25. (Ukrainian).
10. O. Gogayeva, G. Knyshov, L. Dzakhoeva, A. Rudenko inventors; Amosov National Institute of cardiovascular surgery National Academy of sciences of Ukraine", assignee. Method for treating spasm of plunging coronary arteries. Ukraine patent 94365. 2011 Apr 26. (Ukrainian).

Реферат

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ВЫСОКОГО РИСКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гогаева Е.К.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, пациент высокого риска, коронарное шунтирование, работающее сердце, медикаментозная терапия, двойная антиагрегантная терапия.

С каждым годом растет количество пациентов, которым выполнена хирургическая ревазуляризация миокарда. Появляются новые региональные центры, а перед кардиологом стоит важный вопрос ведения больных после кардиохирургического вмешательства. Цель: проанализировать особенности медикаментозной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца высокого риска после хирургической ревазуляризации миокарда. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ данных 194 пациентов (отобранных методом случайной выборки) с высоким риском, которые были прооперированы и выписаны из Национального Института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова Национальной Академии Медицинских Наук Украины в период 2009-2019 гг. Средний возраст пациентов составлял 64,2±8,9 лет. Всем пациентам проведены стандартные клинико-лабораторные исследования, коронарография и коронарное шунтирование. Результаты: На фоне синусового ритма оптимальным является назначение двойной антиагрегантной терапии. При наличии фибрилляции предсердий рекомендована комбинация антиагреганта с антагонистом витамина К или новых оральных антикоагулянтов. Липидснижающая терапия назначается всем пациентам до оперативного вмешательства в полной дозе под контролем холестерина липопротеидов низкой плотности, печеночных ферментов и креатинина. Гастропротективная терапия пантопразолом должна проводиться всем пациентам после ревазуляризации миокарда. При назначении антигипертензивной терапии в послеоперационном периоде важно учитывать степень стеноза брахиоцефальных артерий. Выводы: Медикаментозное лечение пациентов после операции коронарного шунтирования должно проводиться персонализировано и по принципу "Non nocere" – не навреди, с учетом кардиального статуса и коморбидной патологии.

Summary

CHARACTERISTICS OF PHARMACEUTICAL THERAPY OF HIGH-RISK PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Gogayeva O.

Key words: coronary artery disease, high-risk patient, coronary bypass grafting, off-pump, drug therapy, dual antiplatelet therapy.

The number of patients after surgical myocardial revascularization is growing annually. New regional centres are being created, and the cardiologists are facing the pressing issues of managing patients after cardiac surgery. The aim of this study is to analyze the characteristics of pharmaceutical therapy for high-risk patients with coronary artery disease after surgical myocardial revascularization. Material and methods: a retrospective analysis of data from 194 high-risk patients (selected by random sampling) with coronary artery disease, who were operated on and discharged from Amosov National Institute of cardiovascular surgery, National Academy of Medical Sciences of Ukraine for the period 2009–2019. The average age of the patients was 64.2±8.9 years. All patients underwent standard laboratory and clinical examinations, coronary angiography and coronary artery bypass grafting. Results: dual antiplatelet therapy has been found out as optimal for the patients with sinus rhythm. A combination of an antiplatelet agent with a vitamin K antagonist or new oral anticoagulants is effective and can be recommended for the patients with atrial fibrillation. Lipid-lowering therapy is prescribed to all patients prior to the surgery and the following parameters as the control of low-density lipoproteins, liver enzymes, and serum creatinine should be under the constant control. Gastroprotective therapy with pantoprazole is indicated to all patients after myocardial revascularization. When prescribing antihypertensive therapy in the postoperative period, it is important to consider the severity of stenosis of the carotid arteries. Conclusions: Pharmaceutical therapy of patients after coronary artery bypass surgery should be carried out in a patient-centred manner and in accordance with the principle – “non nocere” (Do not harm), taking into account the cardiac status and comorbidity.

DOI 10.31718/2077-1096.21.1.11

УДК 616-071+616.441+616.12-008.1+615.22

Данилюк О.І.

ЯТРОГЕННІ ЗМІНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІД ВПЛИВОМ АМІОДАРОНУ

Івано-Франківський національний медичний університет

Метою дослідження було проведення аналізу частоти структурно-функціональних змін щитоподібної залози, які виникають при регулярному прийомі аміодарону хворими з фібриляцією передсердь упродовж 12 місяців. В основу дослідження покладено обстеження 80 хворих (28 жінок і 52 чоловіки) на кардіосклероз (дифузний та постінфарктний) із фібриляцією передсердь і серцевою недостатністю ІІА у віці (63,5±1,3) року та 15 практично здорових осіб відповідного віку (62,4±2,4) року – чоловіків і жінок у аналогічній пропорції. Основним критерієм включення був еутиреоїдний стан щитоподібної залози до призначення антиаритмічної терапії. Для оцінки функціонального стану щитоподібної залози досліджували вміст у сироватці крові: вільного тироксину, вільного трийодтироніну, антитіл до тиреопероксидази. Обстеження проводили до лікування, через 3, 6, 9 та 12 місяців від початку дослідження на тлі антиаритмічної терапії. Для діагностики структурних змін щитоподібної залози проводили ультразвукове дослідження. У залежності від призначеного лікування обстежених хворих розподілили наступним чином: І група – хворі, котрі отримували аміодарон у дозі 200 мг на добу на тлі базової терапії (n=60); контрольна група – хворі, котрі отримували на тлі базової терапії, як антиаритмічні засоби, дигоксин і бісопролол (n=20). Лікування аміодароном протягом 1 року викликало дисфункцію щитоподібної залози у 33,3% пацієнтів. Провідним у структурі аміодароніндукованих дисфункцій щитоподібної залози є гіпотиреоз (20,0%), субклінічний в 11,7% хворих. Розвиток аміодароніндукованого тиреотоксикозу спостерігався у 13,3% пацієнтів, причому перші випадки гіперфункції щитоподібної залози були виявлені не раніше, ніж через півроку. Під впливом аміодарону в перші місяці лікування сироваткові рівні вільного тироксину можуть підвищуватись, а вільного трийодтироніну знижуватись, можлива тенденція до незначного підвищення рівнів тиреотропного гормону в перші тижні лікування. Вищезгадані зміни лабораторних показників мають транзиторний характер і не супроводжуються погіршенням антиаритмічних властивостей аміодарону.

Ключові слова: щитоподібна залоза, функціональний стан, фібриляція передсердь, аміодароніндуковані тиреопатії

Вступ

Фібриляція передсердь (ФП) є актуальною проблемою сучасної кардіології та аритмології. Серед дорослого населення поширеність ФП становить 0,5-2,0 %, а серед людей похилого ві-

ку – 10-15 % [3]. На сьогоднішній день від цієї аритмії страждають понад 6 мільйонів європейців, при цьому очікується, що в наступні 50 років захворюваність на ФП стане вдвічі вищою, ураховуючи старіння населення. ФП асоціюється з підвищеним ризиком смерті, ішемічного інсульту,