

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXVI Національного конгресу кардіологів України (Київ, 23-26 вересня 2025 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни



міокарда, особливістю якого є те, що воно, як правило, значно менше виражене у спортсменів та осіб, які систематично виконували фізичні вправи до початку захворювання.

За результатами наших спостережень, які включали проведення магнітно-резонансної терапії з підсиленням гадолінієм, у осіб з порушеннями серцевого ритму виявляли ознаки трансформації міокардиту у дилатаційну кардіоміопатію. Призначення глюкокортикоїдної терапії сприяло зменшенню проявів системного запального процесу.

Висновки. Порушення серцевого ритму є одним з найчастіших ускладнень у постковідному періоді, а фібриляція передсердь є найбільш розповсюдженим порушенням серед усіх порушень серцевого ритму. Найбільш значущими патогенетичними факторами порушень серцевого ритму є системний запальний процес та фіброзування міокарда. Своєчасно призначена протизапальна терапія (глюкокортикостероїди) обумовлює зменшення відсотка пацієнтів з порушенням серцевого ритму, оскільки протизапальні препарати одночасно володіють антиаритмічною та антифібротичною дією. Регулярне заняття фізичною культурою може зменшити несприятливі впливи на серце у постковідному періоді та запобігти порушенням серцевого ритму.

Вплив терапії варфарином у пацієнтів із фібриляцією передсердь на частоту виникнення кумулятивної кінцевої точки: порівняльний аналіз фармакогенетичного й емпіричного підбору дози

М.Ю. Колесник, Я.М. Михайловський

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета – дослідити взаємозв'язок між способом підбору дози варфарину (ВФ) у пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП) та частотою виникнення кумулятивної кінцевої точки й окремих її складових.

Матеріали та методи. У проспективне однорічне рандомізоване моноцентрове дослідження в паралельних групах було включено 110 пацієнтів з фібриляцією передсердь (середній вік – 68,72 ± 0,79 року; чоловіків – 57, жінок – 53), які перебували під динамічним наглядом у антикоагулянтному кабінеті ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ. Рандомізація здійснювалася методом

випадкового розподілу пацієнтів на дві групи: основну групу (n=50), у якій підбір дози ВФ здійснювався фармакогенетичним методом за допомогою сайту www.warfarindosing.org, та контрольну групу (n=60), де дозування варфарину проводилося за традиційним підходом під контролем МНВ.

Обстеження хворих з ФП проводили відповідно до загальноприйнятих стандартів. Поліморфізм генів CYP2C9, CYP4F2, VKORC1 визначали у відділі молекулярно-генетичних досліджень навчального медико-лабораторного центру ЗДМФУ. Ампліфікацію фрагментів ДНК, що містять поліморфні ділянки, проводили за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у режимі реального часу в термоциклері CFX-96 (BioRad) з флуоресцентною схемою детекції. Через 1 рік спостереження у хворих з ФП основної та контрольної груп досліджена кумулятивна кінцева точка та окремі її компоненти: епізоди надмірної гіпокоагуляції (МНВ > 4) та геморагічні ускладнення. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета програм Statistica 10.0.

Результати. Виявлено, що надмірна гіпокоагуляція (випадки МНВ > 4) у хворих з ФП та фармакогенетичним методом підбору дози ВФ розвивалася достовірно рідше, ніж у хворих з емпіричним методом підбору дози препарату (20% проти 40% пацієнтів відповідно; $\chi^2=5,11$; $p<0,05$) з відносним ризиком: RR = 0,50 (CI 0,27 – 0,94; $p<0,05$).

Встановлено, що геморагічні ускладнення протягом року виникли у 10 (20,00%) хворих з ФП основної групи, при емпіричному підборі дози значно частіше – у 29 (48,33%) хворих ($\chi^2 = 9,57$; $p<0,05$). При цьому відносний ризик RR становив 0,41 (CI 0,22 – 0,77; $p<0,05$), що підтверджує суттєве зменшення ризику кровотеч при застосуванні генетичного тестування.

Кумулятивна кінцева точка протягом року розвинулась у 19 (38%) пацієнтів з ФП основної групи, що достовірно нижче, ніж у пацієнтів контрольної групи – у 38 (63,33 %) хворих відповідно ($\chi^2 = 7,01$; $p<0,05$). При цьому RR становив 0,6 (CI 0,40–0,90; $p<0,05$), що свідчить про достовірне зменшення ризику розвитку кумулятивної кінцевої точки при персоналізованому підборі дози ВФ у хворих з ФП із застосуванням генетичного тестування.

Висновки. У хворих з ФП та фармакогенетичним методом підбору дози ВФ достовірно зменшується частота та ризик розвитку кумулятивної кінцевої точки та окремих її складових (епізодів надмірної гіпокоагуляції та кровотеч), що свідчить про переваги фармакогенетичного підбору дози ВФ в умовах динамічного довготривалого спостереження в антикоагулянтному кабінеті.