



з шлуночковими аритміями з гострим інфарктом міокарда може бути оцінка турбулентності серцевого ритму (Hayashi M., 2015; Lane D.A., 2015).

Турбулентність серцевого ритму (ТСР) – це зміна серцевого ритму, що розвивається у відповідь на виникаючу шлуночкову аритмію і полягає в короткострокових коливаннях частоти серцевих скорочень, які слідує після шлуночкової екстрасистої (ШЕ). Слідом за ШЕ виникає цикл короткого початкового прискорення з подальшим уповільненням серцевого ритму. Турбулентність серцевого ритму – є фізіологічною, біфазичною реакцією синусового вузла на шлуночкову екстрасистолію (Schmidt G., 1999).

У теперішній час активно вивчається можливість ТСР у прогнозуванні несприятливих наслідків у пацієнтів з серцевою недостатністю, дилатаційної кардіоміопатією, гіпертиреозом, пролапсом мітрального клапана, метаболічним синдромом та іншими клінічними ситуаціями. Твердження про те, що турбулентність ритму може бути маркером «зловиясності» шлуночкових екстрасистол та предиктором фатальних аритмій у хворих, які перенесли ІМ, ґрунтується на п'яти ретроспективних і п'яти проспективних дослідженнях, об'єднали в загальній складності понад 10000 пацієнтів (Гареева Д., 2012). У ряді досліджень ТСР у хворих з перенесеним інфарктом міокарда була сильним і незалежним предиктором несприятливих подій, включаючи кардіальну та раптову смерть.

Відомо, що у пацієнтів, що приймають β-блокатори використання показників варіабельності серцевого ритму як предикторів смерті в постінфарктному періоді обмежена. Для оцінки ТСР немає необхідності скасовувати β-блокатори, що має безсумнівне практичне значення для пацієнтів з ІХС і ризиком розвитку шлуночкових аритмій. Вимірювання турбулентності серцевого ритму, є простими і легко відтворюваним методом, може рутинно використовуватися при добовому Холтерівському моніторингу ЕКГ.

Таким чином, потрібне проведення досліджень, заснованих на оцінці турбулентності серцевого ритму, з метою визначення предикторної цінності у прогнозуванні фатальних аритмій у хворих з гострим інфарктом міокарда.

ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Ганджа Т.І., Супрун А.О., Олефіренко А.С., Набухотний П.Ф.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів, м. Київ, Україна

Мета. Провести аналіз призначення антикоагулянтної терапії хворим із різними формами фібриляції передсердь (ФП) як профілактичного засобу кардіоемболічних ускладнень.

Матеріали і методи. Проведена оцінка частоти призначення антикоагулянтної терапії хворим із ФП та високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (за шкалою CHA₂DS₂-VASc - 2 балів) у 150 пацієнтів (77 жінок та 73 чоловіків) у віці від 40 до 85 років.

Результати. Проаналізовано історії хвороб пацієнтів, що знаходились у відділенні невідкладної терапії КМКЛШМД з пароксизмальною, персистуючою та постійною формами ФП, що мали в анамнезі або під час знаходження в стаціонарі ішемічний інсульт. Всім пацієнтам за шкалою CHA₂DS₂-VASc необхідно було призначати терапію непрямыми антикоагулянтами (варфарин або нові пероральні антикоагулянти).

90% хворих отримували замість антикоагулянтів ацетилсаліцилову кислоту (АСК). 7% хворих отримували варфарин, але тільки половина з них знаходилась у вікні МНО 2-3. У 3% варфарин було відмінено з приводу геморагічних ускладнень. І тільки у 2-ох випадках пацієнти отримували нові антикоагулянти.

Висновки:

1. Більшість хворих з ФП приймали АСК замість непрямих антикоагулянтів з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень, що пов'язано з інертністю мислення фахівців першої ланки.
2. У зв'язку із складнощами контролю МНО як для пацієнтів, так і для лікарів варфарин не призначається.
3. Нові пероральні антикоагулянти використовувались у поодиноких випадках, що пов'язано з великою вартістю препаратів.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРАПІДИЛУ В КУПУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М.¹, Поталов С.О.¹, Сідь Є.В.¹, Серіков К.В.¹, Настека Н.В.¹, Юрчак Ю.В.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів,

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

У патогенезі артеріальної гіпертензії ключову роль грає симпатоадреналова

система. При розвитку гіпертонічного кризу в ланцюг патологічних взаємодій долучається гіперактивація симпатичної ланки вегетативної нервової системи. У регулюванні артеріального тиску виділяють короткодійні стресові реакції і довгострокові базальні механізми. Особливо важливим є те, як порушується базальна регуляція вегетативної нервової системи при стійкому хронічному підвищенні артеріального тиску. Розуміння цього механізму дає можливість розмикання порочного кола та успішної терапії гіпертонічного кризу. При лікуванні хворих артеріальною гіпертензією, особливо при розвитку кризів, головним шляхом нормалізації тиску стає боротьба з надмірною активністю симпатичної активації.

Про те, що велику роль в регуляції загального периферичного опору судин головного механізму гіпертонії – грають роль периферичні адренорецептори, відомо давно. Ці рецептори вважаються головними ефекторами стресу – основного фактора розвитку артеріальної гіпертензії. З віком адренергічну вазоконструкція призводить до погіршення гемодинаміки у периферичних артеріях.

Можливість за допомогою лікарських засобів вплинути на периферичні адренорецептори відкриває широкі можливості контролю артеріального тиску. Таким препаратом є урапідил, блокатор постсинаптичних альфа-1-адренорецепторів, знижує периферичний опір судин, а також блокує центральну стимуляцію симпатичної нервової системи завдяки стимуляції 5HT₁-серотонінових рецепторів. Він володіє стимулюючою дією на пресинаптичні α₂-адренорецептори. Завдяки такому механізму дії, препарат знижує діастолічний та систолічний артеріальний тиск, не викликає рефлекторної тахікардії. Урапідил випускається у формі розчину і капсул пролонгованої дії. Після внутрішньовенного введення 25 мг препарату він розподіляється протягом 35 хвилин. Клінічний ефект розвивається швидко – як правило, протягом декількох хвилин. Це дозволяє використовувати препарат для керування гіпотонії і в ситуаціях, коли необхідно швидко зниження артеріального тиску.

Основним показанням для розчину урапідилу є гіпертонічні кризи, особливо зумовлені гіперсимпатикотонією. Найбільш широке застосування урапідилу може мати у невідкладній медицині – для купірування гіпертонічних кризів. Існує пероральна форма препарату з уповільненим вивільненням, прийом якої можливий двічі на добу. Гіпотензивний ефект в цьому випадку буде розвиватися повільніше, та його тривалість дозволить контролювати артеріальний тиск протягом доби. Пероральна форма препарату рН-адаптована, завдяки чому підвищено його біодоступність. При рефрактерній, важкій гіпертонії, особливо пов'язаної з гіперсимпатикотонією, пероральна форма урапідилу – засіб вибору. Особливість урапідилу в тому, що він володіє центральною дією. Для даного препарату також показано позитивний вплив на обмін глюкози, а, крім того, існують дані про його ролі в лікуванні гострого порушення мозкового кровообігу.

Безсумнівна роль симпатоадреналової системи у розвитку артеріальної гіпертензії, важливу роль грає вона і в патогенезі інших тяжких станів. Ключовими моментами при ускладнених гіпертонічних кризах є периферичний вазоспазм і порушення кровообігу. Можливість блокування рецепторів симпатичних амінів – прямий шлях нормалізації локального та центрального кровотоку.

Таким чином, для контролю артеріального тиску при кризовому перебігу гіпертонічної хвороби урапідил залишається ефективним і недорогим засобом вибору на догоспітальному етапі.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У СПІВРОБІТНИКІВ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ВПЛИВОМ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

Голдовський Б.М.¹, Сідь Є.В.¹, Поталов С.О.¹, Серіков К.В.¹, Льовкін О.А.¹, Андрєшєва О.І.²

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Кафедра медицини невідкладних станів

²КУ «Запорізька станція екстреної (швидкої) медичної допомоги» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. В умовах сучасного життя і зростаючої урбанізації комплекс факторів впливає на виїзний персонал швидкої медичної допомоги, на нього лягає велика відповідальність за здоров'я пацієнтів у критичних станах, не залежно від місця виклику, сезону року і часу доби. Систематичні психоемоційні і фізичні навантаження вимагає від організму постійної напруги регуляторних систем, спрямованих на мобілізацію функціональних резервів організму. З точки зору адаптаційної теорії Р. Сельє можна назвати стресорами. Вони сприяють виникненню адаптації людини до нових умов середовища, але надмірні по силі і тривалості стресори призводять до зриву адаптації. Ряд дослідників відзначають, що сама по собі спеціальність лікаря сприяє розвитку різних захворювань, однак дослідження присвячені впливу професійних стресових факторів на здоров'я медичних працівників швидкої