

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА И АМИОДАРОНА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Шманова Н.Ю.¹, Сивякова О.Н.^{2*}

Амурская областная клиническая больница¹; Амурская государственная медицинская академия², Благовещенск

Желудочковая экстрасистолия, наиболее часто встречающаяся форма экстрасистолии, имеет множество этиологических факторов. Причины желудочковой экстрасистолии могут быть как органическими, так и функциональными. Функциональные желудочковые экстрасистолы не влияют на физическую активность человека и не отражаются на гемодинамике [5]. Риск развития угрожающих жизни аритмий (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, трепетание желудочков), спровоцированных желудочковой экстрасистолией, зависит, прежде всего, от характера и степени тяжести основной сердечной патологии [10]. Наиболее неблагоприятна в прогностическом плане желудочковая экстрасистолия, вызванная изменениями в миокарде, в основе которых лежат ишемические, воспалительные процессы, гипертрофия миокарда, наличие дополнительных хорд в полости левого желудочка и т. д. [5]. Органические заболевания сердца и сердечная недостаточность снижают клиническую эффективность антиаритмических препаратов [7]. Для лечения и профилактики функциональной экстрасистолии не требуется специфического антиаритмического лечения. У пациентов после инфаркта миокарда и/или с сердечной недостаточностью наличие желудочковых экстрасистол является фактором риска летального исхода [1]. Лечение желудочковой экстрасистолии у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы совпадает с профилактикой жизнеугрожающих аритмий. Большое количество исследований свидетельствует об эффективности в устранении желудочковой экстрасистолии амиодарона и препаратов IC класса [2]. Однако в последние годы наблюдалась общая тенденция ограничения использования у больных с желудочковыми нарушениями ритма антиаритмических препаратов IC класса из-за боязни развития их проаритмогенного действия, в то время как доказано, что подобные нежелательные эффекты возможны у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и фракцией выброса левого желудочка менее 40%. Появились исследования о возможности применения препарата IC класса пропанорм у больных с артериальной гипертонией и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией левого желудочка [6]. Результаты мультицентрового Российского исследования “ПРОМЕТЕЙ” показали, что терапия пропafenоном (пропанормом) в суточной дозе 450 мг не ухудшает показатели инотропной функции миокарда [9]. Также имеются

данные, что частота аритмогенных побочных эффектов после приема пропafenона внутрь не выше, чем после приема плацебо [8]. Необходимость более широкого изучения и назначения пропafenона в протекторном лечении аритмий подкрепляется теми факторами, что у ряда пациентов (например, страдающих заболеваниями щитовидной железы) применение амиодарона ограничено, а у тех пациентов, которым амиодарон назначается длительно, часто развиваются лекарственно — индуцированные полиорганотоксичные побочные эффекты, часть из которых могут носить тяжёлый характер [3, 4, 11].

Целью исследования была оценка эффективности пропafenона (пропанорм, “Pro. Med.CS Praha a.s.”, Чехия) в лечении желудочковой экстрасистолии у лиц с изменениями в миокарде на фоне сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца — ИБС), гипертоническая болезнь, постмиокардитический кардиосклероз). Исследование одобрено этическим комитетом Амурской государственной медицинской академии.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения Амурской областной клинической больницы. Проведено обследование 30 пациентов с желудочковой экстрасистолией и с сердечной недостаточностью (СН) 0-III ФК по NYHA, находившихся на стационарном лечении. В исследование были включены пациенты в возрасте от 30 до 69 лет (средний возраст — $52 \pm 1,82$ года). В процессе исследования были определены 2 группы пациентов с желудочковой экстрасистолией по 15 человек в каждой группе (табл. 1). Группы значимо не различались по возрасту, этиологическим факторам, данным дополнительных методов исследования, в том числе эхокардиографии (ЭхоКГ). Пациенты с ИБС имели стабильную стенокардию напряжения II ФК. В каждой группе были пациенты с хронической ИБС, гипертонической болезнью, постмиокардитическим кардиосклерозом. Всем пациентам выполнялись традиционные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включающие ЭхоКГ и суточное мониторирование электрокардиографии (ЭКГ) в динамике.

В первую группу вошли 15 пациентов с желудочковой экстрасистолией с СН 0-III ФК по NYHA. Средний возраст обследуемых в этой группе составил $51 \pm 2,23$ года; 7 мужчин и 8 женщин. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, явившихся

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с желудочковой экстрасистолией

Показатели	I группа	II группа
Количество больных	15	15
Возраст	51±2,23	53±3,08
Пол – м/ж	7/8	10/5
ИБС. Стенокардия и гипертоническая болезнь	12 (80,00%)	11 (73,33%)
В том числе сопутствующий WPW-синдром	1 (6,67%)	1 (6,67%)
В том числе сопутствующая патология щитовидной железы	3 (20,00%)	-
Постмиокардитический кардиосклероз	3 (20,00%)	4 (26,67%)
Плохая переносимость йода	2 (13,33%)	-

причиной желудочковой экстрасистолии, в I группе преобладала ИБС в сочетании с гипертонической болезнью, что составило 80% (12 пациентов); в том числе у 3 пациентов имелась сопутствующая патология щитовидной железы (диффузный узловой нетоксический зоб), у 2 пациентов – аллергическая реакция на йод в анамнезе. Из других причин имел место постмиокардитический кардиосклероз – 20% (3 пациента). По результатам ЭхоКГ, в первой группе у пациентов фракция выброса левого желудочка была от 52 до 67% ($59\pm1,19\%$), толщина миокарда левого желудочка составила от 10 до 18 мм ($12\pm0,55$ мм), эхоплотные включения в миокарде имелись у 7 больных.

Вторую группу составили 15 пациентов с желудочковой экстрасистолией с СН 0-III ФК по NYHA. Средний возраст в группе составил $53\pm3,08$ года; пациенты – 10 мужчин и 5 женщин. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, явившихся причиной желудочковой экстрасистолии, в группе преобладала ИБС в сочетании с гипертонической болезнью, что составило 73,33% (11 пациентов). Из других причин желудочковой экстрасистолии имел место постмиокардитический кардиосклероз – в 26,67% (4 пациента). По результатам ЭхоКГ, во второй группе у пациентов фракция выброса левого желудочка составила от 52 до 67% ($58\pm2,01\%$), толщина миокарда левого желудочка была от 10 до 17 мм ($16\pm2,77$ мм), эхоплотные включения в миокарде имелись у 6 больных.

У всех исследуемых пациентов перед началом антиаритмической терапии при ЭКГ-мониторировании была выявлена частая желудочковая экстрасистолия от 354 до 31815 за сутки

($6036\pm1279,5$) и максимальной частотой от 34 до 1255 в час ($406\pm63,8$). Пациенты первой группы получали антиаритмическую терапию в виде пропафенона (пропанорма) в дозе 450 мг в сутки, второй группы – амиодарона (кордарона) в дозе 600 мг в сутки с последующим снижением дозы до поддерживающей. Антиаритмическая терапия проводилась на фоне общепринятого лечения основного заболевания в обеих группах пациентов. В ходе исследования проводился клинический осмотр пациентов, выявление сопутствующей патологии, проведение ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровского ЭКГ-мониторирования до и после назначения антиаритмической терапии.

Полученные цифровые данные обрабатывались с помощью ПЭВМ, статистических программ.

Результаты и обсуждение

Все пациенты субъективно отмечали хорошую переносимость антиаритмической терапии и улучшение самочувствия на фоне лечения на 3-7 сутки. Эффект от антиаритмической терапии имел место у всех пациентов. По результатам ЭКГ-мониторирования, проводившегося в динамике через 2 месяца после начала антиаритмической терапии, отмечалось достоверное снижение частоты желудочковой экстрасистолии (табл.2). Жизнеугрожающих аритмий при исследовании в обеих группах после лечения выявлено не было. При повторном ЭКГ-мониторировании определялось достоверное ($p<0,001$) снижение частоты желудочковой экстрасистолии за сутки до $176\pm34,5$ и $125\pm41,4$ в первой и второй группах соответственно. Побочных эффектов антиаритмической терапии за время наблюдения в обеих группах не отмечалось.

Таблица 2

Результаты ЭКГ-мониторирования

Показатели	I группа (получали пропафенон)	II группа (получали амиодарон)
Частота желудочковой экстрасистолии до начала антиаритмической терапии, за сутки	6210 ± 2085	5861 ± 1558
Частота желудочковой экстрасистолии на фоне антиаритмической терапии через 2 месяца, экстрасистол в сутки	$176\pm34,5^*$	$125\pm41,4^*$

Примечание: * $p<0,001$ – различия до и после антиаритмической терапии.

Выводы

1. Отмечена достоверная эффективность терапии желудочковой экстрасистолии пропafenоном (пропанормом) в дозе 450 мг в сутки у пациентов, имеющих изменения в миокарде различной этиологии ($p < 0,001$).

2. Определена возможность длительного применения пропafenона (пропанорма) в качестве подде-

рживающей терапии, в том числе при сопутствующей патологии щитовидной железы и при непереносимости иода, когда амиодарон противопоказан.

3. Эффективность антиаритмической терапии желудочковой экстрасистолии пропafenоном (пропанормом) и амиодароном (кордароном) достоверно не различалась.

Литература

1. Белялов Ф.И. Аритмии сердца. Москва. 2006.
2. Голицын С.П. Устранение желудочковых аритмий и снижение риска смерти: всегда ли пути в одном направлении? // Сердце. 2006;5, №1 (25). С. 4-11.
3. Горбатовский Я.А., Филимонов С.Н., Гайдукова Н.А. и др. Два случая "амиодаронового легкого" // Клиническая медицина 1999, №8. С.49-51.
4. Ивашкин В.Т., Жаркова М.С., Маевская М.В. и др. Случай тяжелого лекарственного гепатита, индуцированного длительным приемом кордарона // Российские медицинские вести 2009, №2. С.78-83
5. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. С.-Петербург. 2004.
6. Миллер О.Н., Скурихина О.Н., Старичков С.А. Применение препаратов IC класса у больных с фибрилляцией предсердий на фоне артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией // Российский кардиологический журнал. 2008, №4 (72). С. 1-9.
7. Преображенский Д.В., Вышинская И.Д., Киктев В.Г. Поддерживающая фармакотерапия у больных с мерцанием предсердий после кардиоверсии // Русский медицинский журнал. 2009. Том 17, №2 (341). С. 90-94.
8. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Андрейченко Т.А. и др. Мерцание предсердий: фармакологическая кардиоверсия // Consilium medicum. 2003. Том 5, №5. С. 283-288.
9. Фомина И.Г., Тарзимова А.И., Ветлужский А.В. и др. Пропафенон при восстановлении синусового ритма у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий. "ПРОМЕТЕЙ" — открытое, мультицентровое, пилотное исследование в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. №4. С.65-69.
10. Чазов Е.И., Голицын С.П. Руководство по нарушениям ритма сердца. Москва. 2008.
11. ACC/AHA/ESC Guidelines for management of patients with atrial fibrillation// Circulation 2006; 114:700-752

Поступила 14/07 — 2009

© Коллектив авторов, 2009

Тел.: 89638011855

E-mail: Olga-sivyakova@yandex.ru

[Шманова Н.Ю. — старший ординатор кардиологического отделения, Сивякова О.Н. (*контактное лицо) — к.м.н. доцент кафедры госпитальной терапии].