

УДК 616.125.2-085.847+615.22]:616.12-008.318

ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ ПРИ ТРІПОТІННІ ПЕРЕДСЕРДЬ

Падалка М.М., Юрочко Б.М., Романов С. М., Попок П.М., Чурсіна Н.А.

Дорожня клінічна лікарня №1, м. Київ

Ключові слова: тріпотіння передсердь, лікування, антиаритмічні препарати, черезстравохідна електрокардіостимуляція, ефективність.

Відновлення синусового ритму (СР) при тріпотінні передсердь (ТП) є актуальною проблемою, оскільки перервати пароксизм ТП за допомогою загальноприйнятих методів важче, ніж інших форм порушення ритму серця [2,6]. Поряд з медикаментозним лікуванням до методів, які характеризуються високою ефективністю та безпечністю при перериванні ТП, належать черезстравохідна електрокардіостимуляція (ЧСЕКС) передсердь [4,7]. Поєднане застосування антиаритмічного препарату (ААП) і ЧСЕКС – ефективний і відносно безпечний метод лікування ТП [1,8]. Разом з тим не вирішені питання вибору найбільш ефективного ААП та режиму стимуляції.

Метою дослідження було вивчення ефективності поєданого застосування різних ААП і ЧСЕКС при лікуванні хворих з ТП.

У кардіологічному відділенні з блоком кардіо-реанімації лікували 36 хворих (27 чоловіків і 9 жінок) віком від 36 до 84 років з ТП. У 23 пацієнтів діагностовано ішемічну хворобу серця (ІХС) з стенокардією напруження I–II функціонального класу, у 5 – безбольову форму ІХС. Інфаркт міокарда перенесли 6 хворих. Гострий інфаркт міокарда діагностований у 3 хворих. У 2 пацієнтів ознак органічного захворювання серця не виявлено, у решти діагностовані гіпертрофічна кардіоміопатія та ревматизм I ступеня активності, комбінована мітральна вада серця з переважанням стенозу. У обстежених тяжкість серцевої недостатності не перевищувала ІА стадії (за класифікацією Стражеска–Василенка). Тривалість ТП до проведення стимуляції у 22 хворих не перевищувала 7 діб, у 9 – становила 1 тиждень – 1 місяць, у 5 – 1–8 місяців.

У всіх хворих медикаментозне лікування ТП з використанням аміодарону, дигоксину, пропранололу, дизопіраміду, прокаїнаміду, верапамілу у середньотерапевтичних дозах виявилось неефективним.

Для стимуляції лівого передсердя біполярний електрод ПЭДСП-2 вводили через ніс без попередньої анестезії під контролем монополярного

стравохідного відведення ЕКГ на екрані електрокардіоаналізатора ЭКАЗ-02. Оптимальним вважали положення проксимального кінця електрода, в якому реєструвалася максимально позитивна хвиля F на черезстравохідній електрограмі. Стимуляцію проводили за допомогою електрокардіостимулятора ПЭКС-1, який генерує прямокутні імпульси тривалістю від 1 до 15 мс з регулюванням сили струму від 1 до 38 мА і діапазоном частот від 1 до 999 імпульсів за 1 хвилину. ЧСЕКС здійснювали короткими (5–10 с) залпами, починаючи з частоти, що перевищувала частоту ТП на 15–20% з ступенеподібно (по 100 імпульсів/хвилину) зростаючою частотою, до 999 імпульсів/хвилину або до припинення ТП. Позитивними результатами ЧСЕКС вважали відновлення СР або переведення ТП у стійку фібриляцію передсердь (ФП).

Хворі поділені на дві групи: 1-ша група – 12 хворих, яким до проведення стимуляції призначали аміодарон по 600–900 мг/добу, а перед ЧСЕКС внутрішньовенно під контролем артеріального тиску та електрокардіографії вводили прокаїнамід в дозі 10–15 мг/кг протягом 10 хвилин; 2-га група – 24 хворих, які застосовували один з ААП (аміодарон внутрішньовенно крапельно або всередину по 600–900 мг/добу, пропранолол 120–160 мг/добу, верапаміл 240–320 мг/добу, дизопірамід 600 мг/добу). Протягом періоду спостереження 10 (83,3%) хворим 1-ї групи і 19 (79,2%) 2-ї групи призначали дигоксин у середньотерапевтичних дозах.

У 1-ї групі позитивний ефект відзначений в усіх хворих: безпосередньо після ЧСЕКС СР відновився у 6 (50%) хворих, через ФП в перші хвилини – у 4 (33,3%), ТП перейшло у ФП – у 2 (16,7%). Протягом 1-ї доби СР відновився в одного хворого, ще в одного – ФП стала стійкою.

У 2-ї групі позитивний ефект виявлений у 22 (91,8%) хворих: безпосередньо після ЧСЕКС СР відновився у 4 (16,6%) хворих, через ФП у перші хвилини – у 4 (16,6%), ТП перейшло у ФП – у 14 (58,3%). Протягом 1-ї доби СР відновився у

4 хворих, на 2–5-ту добу – у 4, у 6 хворих ФП стала стійкою. ЧСЕКС виявилася неефективною у 2 хворих.

Отже, після використання комплексу лікувальних заходів СР відновився у 27 (75%) хворих, у тому числі в 1-й групі – в 11 (91,6%), в 2-й групі – у 16 (66,7%), що підтверджує високу ефективність методу, відзначену іншими дослідниками [3,5]. Отримані нами дані свідчили, що ефективність поєднаної терапії ТП виявилася достовірно вищою ($P < 0,05$) у хворих, яким перед ЧСЕКС був введений прокаїнамід.

Відновлення СР при ТП з використанням методу ЧСЕКС не позбавлене від небажаних явищ, які не є наслідком власне електрокардіостимуляції. Так, в одного хворого переривання ТП супро-

воджувалось періодами повної синоаурикулярної блокади тривалістю 3000–6000 мс. Оскільки індивідуальний ризик виникнення цього явища передбачити важко, медичний персонал повинен володіти відповідними навичками й апаратурою для адекватної корекції стану хворого.

Таким чином, проведено дослідження підтвердило ефективність поєднаного застосування медикаментозної антиаритмічної терапії і ЧСЕКС при лікуванні ТП. Частота відновлення СР після ЧСЕКС була найвищою (91,6%) у хворих, яким попередньо був введений прокаїнамід. Цей алгоритм слід застосовувати у хворих з ТП, резистентних до звичайних ААП. За клінічною ефективністю комбіновану терапію можна вважати альтернативою електричній кардіоверсії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гросу А.А., Шевченко Н.М. // *Терапевт. арх.*–1990.–№1.– С.36–39.
2. Кушаковский М.С. *Аритмии сердца.*– СПб: Гиппократ, 1992.–544 с.
3. Липницький Т.Н., Раднин А.Г., Степанюк А.В., Коцута Г.И. *Вариант интенсивной терапии трепетания предсердий* // *Клин. медицина*– 1993.– №5.– С.41–44.
4. Лукашевичюте А.И., Гердимене Д.А. *Эффективность частой электростимуляции левого предсердия через пищевод для прекращения правильного трепетания предсердий* // *Кардиология.*–1984.– №12.– С.18–22.
5. Олейников В.Э., Татарченко И.П., Рахматулов

Ф.К., Животовская Г.Г. *Купирование трепетания предсердий чрезпищеводной электрической стимуляцией* // *Сов. Медицина* – 1991.– №3.– С.60–62.

6. Сметнев А.С., Гросу А.А., Шевченко Н.М. *Диагностика и лечение нарушений ритма сердца.*– Кишинев: Штиинца, 1990.– 326 с.

7. Kaneda Sh., Jnone T., Fukuzaki H. *Treatment of atrial flutter and rapid atrial tachycardia with transesophageal atrial pacing* // *Jap. Heart J.*– 1989.– Vol.30, №4.– P.471–478.

8. Valere P.E., Lehner J.P., Laffay N. *et al. Intered de lasociation stimulation auriculaire droite – amiodarone intra-veineuse dans le traitement du flutter auriculaire permanent* // *Inform. Cardiol.*– 1983.–Vol. 7, №8.– P. 759–762.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Падалка М.Н., Юрочко Б.М., Романов С.Н., Попок П.Н., Чурсина Н.А.

Представлены результаты лечения 36 больных с трепетанием предсердий, устойчивым к антиаритмическим препаратам. Проведена чрезпищеводная электрокардиостимуляция предсердий после медикаментозной антиаритмической терапии. Амiodарон и прокаинамид применили у 12 больных. В этой группе восстановление синусового ритма отмечено в 91,6% наблюдений. Предложенный вариант сочетанной терапии может рассматриваться как альтернатива кардиоверсии.

COMBINED MEDICAL AND PACING TREATMENT OF ATRIAL FLUTTER

Padalka M.N., Yurochko B.M., Romanov S.N., Popok P.N., Chursina N.A.

The results of 36 patients treatment with atrial flutter refractory to antiarrhythmic preparations are presented. Transesophageal atrial pacing after antiarrhythmic medical treatment was performed. Amiodarone and procainamide was prescribed to 12 patients. The rate of sinus rhythm restoration in these group was 91,6%. Proposed variant of combined medical and pacing therapy can be considered as an alternative to cardioversion.