

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ

А. Ардашев¹, доктор медицинских наук, профессор,

О. Козырев², доктор медицинских наук, профессор,

С. Зубков², кандидат медицинских наук,

И. Литвинова², кандидат медицинских наук,

А. Шпаков²

¹Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

²Смоленский государственный медицинский университет

E-mail: alexandrshpakov@list.ru

Представлено наблюдение, в котором у больного с тахисистолической формой фибрилляции предсердий восстановление синусового ритма произошло после медикаментозной и радиочастотной терапии (3 процедуры абляции).

Ключевые слова: кардиология, фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, антиаритмическая терапия, радиочастотная абляция.

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение сердечного ритма, составляющее в общей популяции 1–2% [1, 2]. Трепетание предсердий (ТП) встречается гораздо реже (0,088%). В то же время сочетание ФП и ТП наблюдается у 25–35% больных [2]. Для длительного контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) и ритма сердца при пароксизмальных формах данных аритмий могут быть использованы антиаритмическая терапия (ААТ) и радиочастотная абляция (РЧА) [1]. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент Н., 45 лет, в апреле 2013 г. впервые ощутил перебои в работе сердца, резкую слабость. Из анамнеза заболевания: при плановом осмотре в 2005 г. были выявлены артериальная гипертензия (АГ) II степени, наследственная дислипидемия IIb типа, стабильная стенокардия II функционального класса (ФК). По поводу данных заболеваний нерегулярно принимал небиволол (2,5 мг), аторвастатин (20 мг). Вредные привычки: курение (около 1 пачки в день в течение 10 лет), прием крепкого алкоголя (водка, коньяк) по 200–300 мл до 5–6 раз в месяц. Состояние пациента оставалось стабильным вплоть до апреля 2013 г., когда появились указанные жалобы. Самостоятельно обратился в Клиническую больницу скорой медицинской помощи Смоленска. По данным физикального обследования: пульс 102 в минуту, ЧСС 132 в минуту, АД 150/90 мм рт. ст., приглушенность и аритмичность сердечных тонов, жесткое везикулярное дыхание в легких; другие органы и системы – без изменений. В биохимическом анализе крови: общий холестерин (ОХС) – 7,2 ммоль/л, содержание липопротеидов низкой (ЛПНП) – 4,5 ммоль/л, очень низкой (ЛПОНП) плотности – 1,7 ммоль/л; остальные показатели в пределах нормы. На электрокардиограмме (ЭКГ): ФП

с частотой желудочковых сокращений 120–180 в минуту. Таким образом, был впервые зарегистрирован пароксизм тахисистолической формы ФП. В качестве антиаритмической терапии получал метопролол сулцинат (25 мг внутрь), амиодарон (600 мг) и дигоксин (0,25 мг внутривенно капельно). Синусовый ритм был восстановлен; больной выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями приема метопролола сулцината (25 мг), аторвастатина (20 мг) и эналаприла (10 мг). Пациент периодически пропускал прием назначенных препаратов при хорошем самочувствии.

В декабре 2013 г. у пациента внезапно возникли учащенные сердцебиение, слабость, потливость. При обращении за медицинской помощью: на ЭКГ — правильная форма трепетания предсердий с проведением 2:1 и частотой желудочковых сокращений 120 в минуту. Сохранялась дислипидемия (ОХС — 6,8 ммоль/л, ЛПНП — 4,3 ммоль/л); дополнительно исследовали уровень гормонов щитовидной железы и гипофиза (Т3, Т4, ТТГ); эти показатели — в пределах нормы. ААТ (амиодарон — 450 мг внутривенно капельно с переходом на прием по 200 мг 2 раза сутки внутрь, бисопролол — 5 мг) эффекта не дала; синусовый ритм удалось восстановить путем электрической кардиоверсии (ЭКВ) разрядом 200 Дж. В качестве поддерживающей терапии назначены бисопролол — 2,5 мг, амиодарон — 200 мг, телмисартан — 80 мг, аторвастатин — 40 мг. Однако уже через 1 мес пациент вновь ощутил подобную симптоматику.

В связи с кратковременностью эффекта ААТ и сохранением клинической симптоматики пациент был консультирован аритмологом и направлен на оперативное лечение в Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения нарушений ритма сердца ФМБА России. В феврале 2014 г. выполнена РЧА ТП. В ходе выполнения операции субстрат аритмии в нижнем перешейке правого предсердия ликвидирован, однако отмечено возникновение крупноволновой формы ФП, ЭКВ дала лишь кратковременный эффект. Пациент выписан с диагнозом пароксизмальной формы ФП и рекомендацией приема варфарина до повторной РЧА. В апреле 2014 г. выполнена РЧА ФП, субстрат которой локализовался между верхними легочными венами. Синусовый ритм был восстановлен, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В последующем отмечены неоднократные (апрель, июнь, сентябрь 2014 г.) сбои ритма с кратковременным эффектом от ААТ (амиодарон, бисопролол, этацизин, пропafenон) и электроимпульсной терапии; дислипидемия сохранялась. По данным суточного холтеровского мониторирования ЭКГ (июль 2014) были зарегистри-

рованы длительные эпизоды ФП и ТП общей продолжительностью 8 ч. Пациент повторно осмотрен аритмологом, и направлен на оперативное лечение. В сентябре 2014 г. выполнена РЧА атипичного ТП (воздействие в области свода и основания левого предсердия, митрального истмуса, между легочными венами). Восстановлен синусовый ритм, пациент выписан с рекомендациями приема соталола — 240 мг и аллапинина — 75 мг. В настоящее время уровень липидов крови нормализован; на фоне приема соталола в дозе 80 мг отмечено длительное сохранение нормального ритма сердца, что неоднократно подтверждено в ходе холтеровского мониторирования ЭКГ.

По данным литературы, ФП поддается медикаментозной коррекции лишь в 52% случаев [1]. Эффективность же РЧА при пароксизмальной и персистирующей формах ФП колеблется от 60 до 95% [3]. Поэтому при недостаточном контроле ритма с помощью ААТ показано малоинвазивное хирургическое вмешательство — РЧА субстрата аритмии [1].

Как демонстрирует представленное наблюдение, недостаточная приверженность лечению, наличие дислипидемии, АГ, ИБС привели к развитию рецидивирующих форм ФП и ТП, трудно поддающихся контролю с помощью лекарственных средств. Непродолжительный эффект от РЧА может быть связан с возникновением множественных субстратов из-за сочетания 2 видов аритмий. Комбинированное действие множественной ААТ и повторных РЧА привело к восстановлению и длительному сохранению у пациента синусового ритма.

Литература

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК и ВНОА, 2011 // Рац. фармакогер. в кардиол — 2011; Прил. к №7 (4): 6–58.
2. Киякбаев Г.К. Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации. Под ред. В.С. Моисеева / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; с. 125–59.
3. Ардашев А.В., Желяков Е.Г., Долгушина Е.А. и др. Радиочастотная катетерная абляция хронической формы фибрилляции предсердий методом изоляции легочных вен и анатомической модификации субстрата аритмии // Кардиология. — 2008; 12: 41–8.

COMBINED THERAPY FOR RESISTANT SUPRAVENTRICULAR TACHYARRHYTHMIA

Professor **A. Ardashiev**¹, MD; Professor **O. Kozyrev**², MD; **S. Zubkov**², Candidate of Medical Sciences; **I. Litvinova**², Candidate of Medical Sciences; **A. Shpakov**²
¹Institute for Advanced Education, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow
²Smolensk State Medical University

The paper describes a case of sinus rhythm restoration in a patient with tachysystolic atrial fibrillation after drug and radiofrequency therapy (3 ablation sessions).

Key words: cardiology, atrial fibrillation, atrial flutter, antiarrhythmic therapy, radiofrequency ablation.