



из практики

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАППАКОНИТИНА ГИДРОБРОМИДА (АЛЛАПИНИНА) У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПО ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

М. Мельник, кандидат медицинских наук
Кубанский государственный медицинский университет
E-mail: melnik1940@mail.ru

Применение лаппаконитина гидробромида (Аллапинина) у пациента после успешной реанимации по поводу фибрилляции желудочков.

Ключевые слова: лаппаконитина гидробромид, успешная реанимация, фибрилляция желудочков.

Пациенты, перенесшие успешную реанимацию по поводу фибрилляции желудочков (ФЖ), имеют наибольший риск развития внезапной сердечной смерти (ВСС) в ближайшие годы среди лиц как в общей популяции, так и имеющих факторы риска развития ВСС, а также пациентов с ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <30%, постинфарктным кардиосклерозом [1, 2]. В этой связи проблема выбора антиаритмической терапии у них представляет собой довольно сложную задачу, поскольку при ее решении необходимо учитывать, помимо клинического статуса пациента, еще и социально-экономические вопросы ввиду недоступности для многих больных при вторичной профилактике ВСС хирургических методик лечения, включая использование имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов, трансплантации сердца и др.

В качестве дополнения и альтернативы в определенных ситуациях высокотехнологичной медицинской помощи сегодня по-прежнему следует рассматривать проведение фармакотерапии данному контингенту больных [3]. В ходе поиска оптимального антиаритмического препарата, безусловно, оценивают наличие или отсутствие органического заболевания сердца, выраженность гипертрофии миокарда, ФВ ЛЖ, характер проведения импульсов на различных участках проводящей системы сердца, включая способность влиять на проводимость по дополнительным путям проведения, сопутствующие заболевания, индивидуальную переносимость и т.д.

Согласно современным представлениям, молодым пациентам без серьезных структурных изменений сердца для коррекции и профилактики желудочковых аритмий можно назначать препараты IС-класса (классификация Vaughan-Williams E., 1969) [4]. При их ведении практикующие врачи в нашей стране все чаще обращаются к оригинальному отечественному препарату этого подкласса мембраностабилизаторов – лаппаконитина гидробромиду (Аллапинину) – ввиду его доступности, широкой известности, доказанной клинической эффективности. Обеспечивая блокаду быстрых натриевых токов благодаря

активному связыванию с натриевыми каналами с медленной диссоциацией, выраженное отрицательное дромотропное действие в отношении миокарда предсердий и желудочков, системы Писа—Пуркинье и усиление автоматической функции синусового узла, препарат оказывает также седативное, выраженное местноанестезирующее, противовоспалительное, спазмолитическое, β -адреностимулирующее действие, что может оказаться полезным в определенных клинических ситуациях. Кроме того, лаптаконитина гидробромид (Аллапинин) не влияет на продолжительность интервала QT, блокирует проведение по дополнительным путям проведения, у больных без органической патологии обеспечивает низкий риск проаритмических реакций, при отсутствии признаков сердечной недостаточности не изменяет АД, не снижает инотропную функцию ЛЖ, вызывает умеренную периферическую вазодилатацию [5], что выгодно отличает его от многих антиаритмиков.

Приводим клинический пример эффективного применения лаптаконитина гидробромид (Аллапинина) с лечебной и профилактической целью у пациента без выраженных структурных изменений сердца, имевшего в анамнезе успешную реанимацию по поводу ФЖ.

Больной К., 43 лет, обратился на консультативный прием кардиолога с жалобами на появление в течение последних 3 лет преимущественно в вечерние и ночные часы сердцебиения, перебоев и учащения работы сердца, одышки, слабости, выраженного тревожного состояния, частота которых постепенно увеличивается. При активном опросе пациент отрицал возникновение в это время кашля, удушья, обморочных состояний. При этом он указал, что 5 лет назад на фоне видимого благополучия у него был эпизод потери сознания, по поводу чего его госпитализировали; в стационаре у него в дальнейшем развилась ФЖ, успешно купированная в ходе реанимационных мероприятий (выписка не сохранилась). На тот момент пациент проживал в небольшом районном центре, где выполнить детальные обследования, провести технически сложные вмешательства не представлялось возможным. Со слов пациента, в течение нескольких последующих лет его ничто не беспокоило, никакого лечения он не получал. Пациент работает охранником с ночными и суточными дежурствами, выкуривает полпачки сигарет в день, алкоголь употребляет «по праздникам», ежедневно выпивает по несколько чашек кофе. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно, даже отмечает, что при ее выполнении могут исчезать перебои в работе сердца. Наследственность в отношении ВСС неотягощена.

На момент осмотра состояние больного удовлетворительное. Пациент крупного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Температура тела в норме. В легких перкуторно — звук легочный, аускультативно — дыхательные везикулярные, хрипов нет. Частота дыхания — 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, аритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 56 в минуту, 4 экстрасистолы в минуту. АД на правой руке — 125/80 мм рт. ст., на левой руке — 120/75 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9×8×7 см. Селезенка не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с 2 сторон. Щитовидная железа не увеличена. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет.

На стандартной ЭКГ в 12 отведениях, зарегистрированной в покое, определен синусовый ритм с ЧСС 55 в минуту, положение электрической оси сердца нормальное, единичные мономорфные желудочковые экстрасистолы.

В общеклинических анализах крови и мочи, биохимическом анализе крови, при исследовании функции щитовидной железы патологии не обнаружено.

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики ведения больного ему было предложено пройти эхокардиографическое (ЭхоКГ) обследование и холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ).

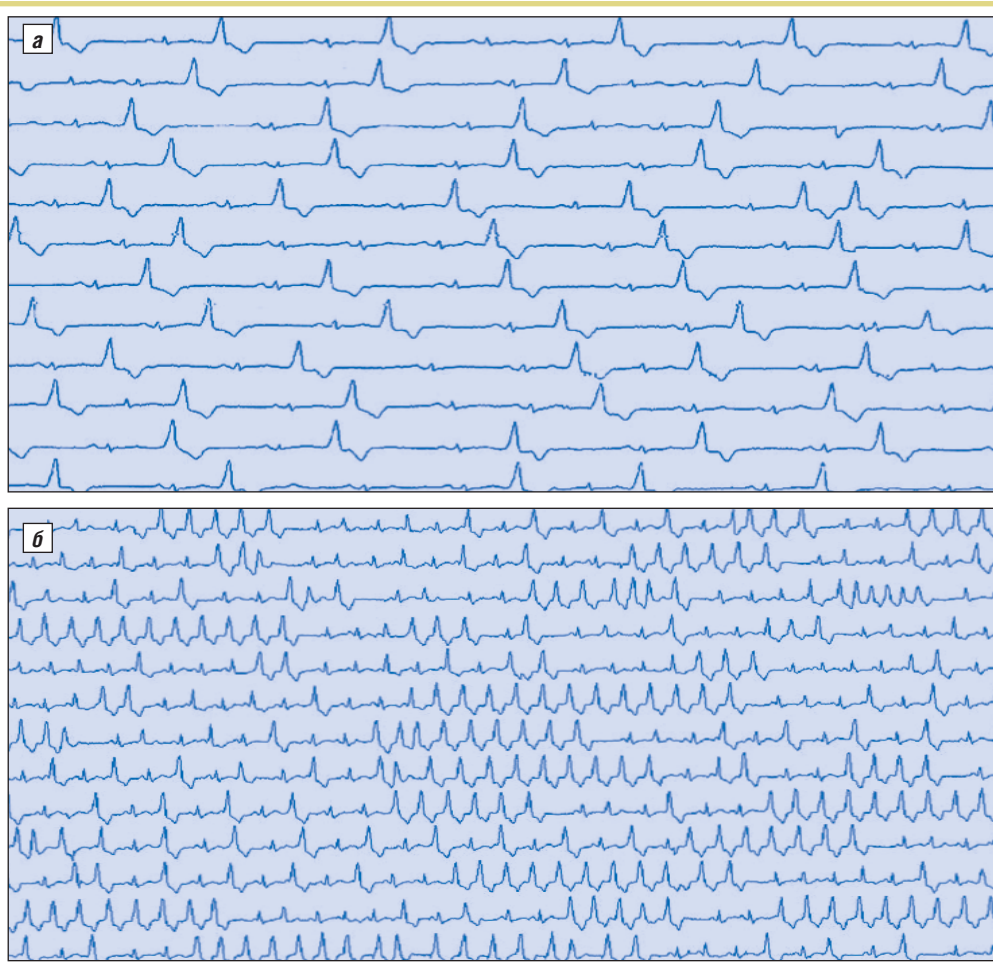
ЭхоКГ структурно-функциональных нарушений сердца не выявила. Парастернальная позиция: аорта — 37 мм, раскрытие аорты — 18 мм, левое предсердие — 36 мм, митральный клапан — 25 мм, толщина межжелудочковой перегородки — 9 мм, толщина задней стенки ЛЖ — 10 мм, конечный диастолический размер ЛЖ — 46 мм, конечный систолический размер ЛЖ — 31 мм, конечный диастолический объем ЛЖ — 97,3 мл, конечный систолический объем ЛЖ — 37,9 мл, ударный объем ЛЖ — 59,4 мл, минутный объем — 3,6 л/мин, систолический индекс — 2,1 л/м², ФВ ЛЖ — 61,0%, индекс массы миокарда ЛЖ — 89,9 г/м², передняя створка правого желудочка (ПЖ) — 3 мм, ПЖ — 27 мм, трикуспидальный клапан — 28 мм, легочная артерия (ЛА) — 25 мм, систолическое давление в легочной артерии — 19 мм рт. ст.; апикальная позиция: левое предсердие — 41 мм, ПЖ — 30 мм, правое предсердие — 33×42 мм; створки клапанов — без особенностей, патологической регургитации на клапанах, диастолической дисфункции ЛЖ, жидкости в полости перикарда не выявлено.

ХМ ЭКГ пациенту исходно пришлось выполнять дважды, так как при 1-м исследовании, помимо 736 мономорфных желудочковых экстрасистол за 1 сут, патологии не обнаружено. При этом сам пациент в ходе проведения исследования значимых симптомов не отмечал.

Повторное ХМ ЭКГ определило у больного доминантный синусовый ритм со средней за сутки ЧСС 57 в минуту. С 23 ч 15 мин до 02 ч 07 мин эктопический ритм составлял 47% от общего числа комплексов (см. рисунок, а) и был представлен мономорфными желудочковыми экстрасистолами по типу би- и тригеминии с эпизодами внеочередных парных комплексов (среднее число желудочковых экстрасистол за 1 ч — 51). С 02 ч 07 мин до 04 ч 22 мин периодически у больного регистрировались пробежки нестойкой мономорфной желудочковой тахикардии (см. рисунок, б) на фоне политопной желудочковой экстрасистолии высокой комплексности.

Исходя из жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований, пациенту был поставлен клинический диагноз: Желудочковая аритмия 4D по R.J. Myerburg (нестойкая рецидивирующая мономорфная желудочковая тахикардия, желудочковая би- и тригеминия с эпизодами парных экстрасистол).

С учетом имевшей место у больного ФЖ с антиаритмической целью ему был назначен кордарон. Однако после приема нескольких таблеток у пациента развилась аллергическая реакция по типу отека Квинке, в связи с чем препарат был отменен.



Эпизоды ХМ ЭКГ: а – желудочковая экстрасистолия на немедикаментозном фоне; б – пробежки нестойкой рецидивирующей мономорфной желудочковой тахикардии на фоне желудочковой экстрасистолии на немедикаментозном фоне

В дальнейшем коррекция имевшейся желудочковой аритмии была продолжена лаппаконитина гидробромидом (Аллапинином) в дозе 25 мг 3 раза в день. С целью снижения риска возможных побочных эффектов препарата его советовали принимать после еды, не запивая теплой водой. Больному были также даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни (отказ от курения, сокращение потребления кофе), изменению вида трудовой деятельности (исключение работы с суточным и ночным графиком, а также связанной с постоянными командировками).

Динамическое наблюдение больного на фоне приема лаппаконитина гидробромид (Аллапинина) включало в себя оценку объективного статуса, регулярный контроль ЭКГ с анализом величины комплекса QRS, интервала QT, повторное выполнение ЭхоКГ и ХМ ЭКГ.

Пациент уменьшил число выпиваемых чашек кофе до 2 в день, выкуриваемых сигарет – до 3–5 в день, задумался над сменой работы.

Через несколько недель приема препарата отмечена положительная динамика: субъективные жалобы были купированы, количество желудочковых экстраси-

стол сократилось на 83%, пароксизмы желудочковой тахикардии не рецидивировали, расширения комплекса QRS более чем на 50% и удлинения интервала QT более чем на 25% зарегистрировано не было, ударный объем и ФВ ЛЖ не уменьшались, АД сохранялось нормальным, признаков нарастания сердечной недостаточности, побочных явлений, потребовавших отмены препарата, не было.

В представленном клиническом наблюдении выбор лаппаконитина гидробромид (Аллапинина) в качестве ААП был продиктован молодым возрастом пациента, отсутствием у него органического заболевания сердца, вагусным характером аритмии, наличием седативного эффекта, возможностью длительного приема без многочисленных экстракардиальных эффектов, аллергической реакцией на препарат III класса по классификации E. Vaughan–Williams (1969). Прием лаппаконитина гидробромид (Аллапинина) обеспечил достижение удовлетворительного антиаритмического эффекта на фоне стабильности гемодинамики и хорошей переносимости.

Литература

1. Bigger J. Identification of patients at high risk for sudden cardiac death // Am. J. Cardiol. – 1984; 54 (9): 3–8.
2. Myerburg R., Kessler K., Castellanos A. Sudden cardiac death. Structure, function, and time-dependence of risk // Circulation. – 1992; 85: 12–20.
3. Ревишвили А. и др. Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств. ВНОА. 3-е изд., доп. и перераб. / М.: МАКС Пресс, 2013; 596 с.
4. Национальные рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти // Клин. практика. – 2012; 4: 1–94.
5. Соколов С.Ф. Аллапинин и современные подходы к лечению нарушений ритма сердца: Метод. рекоменд. по применению препарата / М.: ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, 2013; 35 с.

EXPERIENCE WITH LAPPACONITINE HYDROBROMIDE (ALLAPININE) IN A PATIENT AFTER SUCCESSFUL RESUSCITATION FOR VENTRICULAR FIBRILLATION

M. Melnik, Candidate of Medical Sciences
Kuban State Medical University

Lappaconitine hydrobromide (Allapinine) was used in a patient after successful resuscitation for ventricular fibrillation.

Key words: lappaconitine hydrobromide, successful resuscitation, ventricular fibrillation.