

Подбор антиаритмической терапии
больным с пароксизмальной
фибрилляцией предсердий и
имплантированными
электрокардиостимуляторами

А. Н. Воловченко, А. Л. Сыркин, Е. А. Сыркина
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Российская Федерация

119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2

Подбор антиаритмической (АА) терапии пациентам с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП) и синдромом слабости синусового узла (СССУ) и/или атрио-вентрикулярными блокадами проводится после имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). С одной стороны, это дает возможность существенно улучшить контроль эффективности и безопасности терапии за счет информации, содержащейся в памяти устройства. С другой стороны, АА-препараты могут влиять на работу ЭКС, а правожелудочковая стимуляция провоцирует усугубление хронической сердечной недостаточности (ХСН), коморбидной ФП.

Цель работы. Улучшение подбора и контроля терапии у больных с пароксизмальной ФП и ЭКС.

Материалы и методы. В исследование были включены 103 пациента (39 мужчин, 64 женщины; средний возраст составил $76,4 \pm 8,9$ лет) с пароксизмальной формой ФП и имплантированными de novo двухкамерными ЭКС. Была назначена антиаритмическая терапия препаратами I, II и III классов. Всем пациентам при включении выполнены электрокардиография, холтеровское мониторирование и тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), через три месяца – первая проверка ЭКС и повторный ТШХ. Пациенты с правожелудочковой стимуляцией больше 40% были разделены на две группы: 1 – 20 человек, с прогрессированием ХСН, 2 – 18 человек без него. Статистическую обработку информации проводили с помощью Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica 10.0. Основные характеристики групп сравнивались с использованием критерия χ^2 или метода Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Различия между группами по исходным данным ЭхоКГ

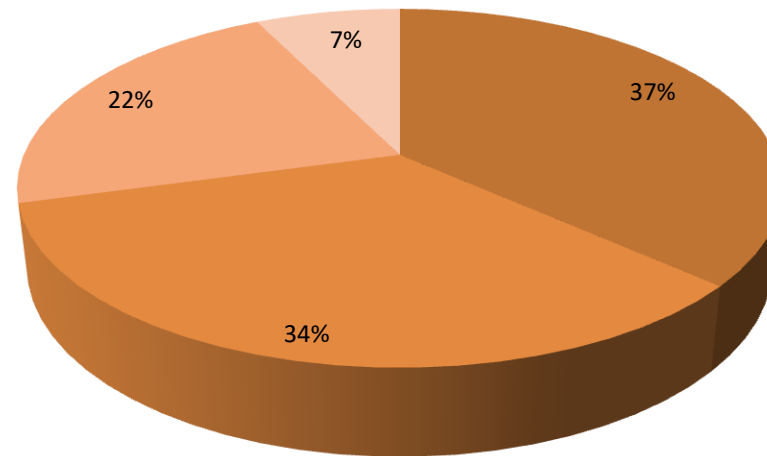
Критерии	Группы пациентов		p
	I (n = 20)	II (n = 18)	
Фракция выброса (%), в том числе:			
менее 40 (n = 4);	3 (75%);	1 (25%);	> 0,05;
40—50 (n = 11);	6 (54,5%);	5 (45,5%);	> 0,05;
более 50 (n = 25)	14 (56%)	11 (44%)	> 0,05
Диастолическая дисфункция левого желудочка (n = 29)	18 (62,1%)	11 (37,9%)	0,04
Гипертрофия левого желудочка (n = 29)	18 (62,1%)	11 (37,9%)	0,04
Дилатация левого предсердия (n = 31)	18 (58,1%)	13 (41,9%)	> 0,05
Дилатация правого желудочка (n = 17)	12 (70,6%)	5 (29,4%)	0,04
Митральная регургитация 2—3 степени (n = 31)	18 (58,1%)	13 (41,9%)	> 0,05
Трикуспидальная регургитация 2—3 степени (n = 16)	11 (68,8%)	5 (31,2%)	0,06
Легочная гипертензия (n = 17)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	> 0,05

Результаты. При проверке ЭКС были выявлены: кратковременные пароксизмы ФП и эпизоды высокой предсердной частоты - у 48 (46,6%) больных, переход ФП в постоянную тахисистолическую форму - у 9 (8,7%), пробежки желудочковой тахикардии на фоне приема препаратов Ic класса – у 2 (1,9%). Уже в течение первого месяца были зарегистрированы 68% имевших место аритмий. Коррекция настроек ЭКС в связи с ФП и/или антиаритмической терапией потребовалась 20 (19,6%) больным.

Причины коррекции параметров настройки ЭКС.

Все случаи коррекции работы ЭКС (n=41)

- Неадекватный прирост ЧСС (n=15)
- Частая ПЖ-стимуляция, более 40% (n=14)
- Переход аритмии в постоянную форму (n=9)
- Нарушения в работе ЭКС (n=3)



При сравнении групп с правожелудочковой стимуляцией >40% установлено достоверно более частое повышение функционального класса ХСН (по результатам ТШХ) у пациентов с гипертрофией и диастолической дисфункцией левого желудочка и с дилатацией правого желудочка ($p < 0,05$, ОР 1,85).

Проведение ТШХ позволило также выявить хронотропную некомпетентность у 15 (14,6%) больных; все они имели в анамнезе СССУ.

Никто из больных самостоятельно не отметил ни аритмию (в том числе переход ФП в постоянную тахисистолическую форму), ни снижение переносимости нагрузок.

Заключение. Для улучшения контроля эффективности и безопасности антиаритмической терапии больным с пароксизмальной ФП первую после имплантации проверку ЭКС следует проводить раньше (желательно через месяц), чем больным с синусовым ритмом. При частом включении правожелудочкового электрода у больных с дилатацией правого желудочка, гипертрофией и диастолической дисфункцией левого желудочка контроль ЭКС рекомендовано дополнить ТШХ для своевременной коррекции диуретической терапии. Больным с СССУ в анамнезе также желательно проводить ТШХ для выявления хронотропной некомпетентности.

Источник финансирования – нет.