

Особливості лікування життєво небезпечних шлуночкових порушень ритму у хворих з хронічною серцевою недостатністю ішемічного генезу і безбольовою ішемією міокарда

С.О. Шейко, В.А. Василенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Проведено дослідження ефективності β -адреноблокаторів з вазодилатувальними властивостями у лікуванні життєво небезпечних шлуночкових аритмій у хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу, анемічним синдромом (АС) і безбольовою ішемією міокарда (БІМ).

Основну групу склали 309 хворих похилого віку з ХСН ішемічного генезу і АС. Середній вік хворих – $66,8 \pm 6,3$ року. Середня тривалість захворювання – $7,11 \pm 3,9$ року. Клінічний перебіг ХСН з АС порівняно з хворими з ХСН без АС характеризувався більш частим виявленням БІМ (39,5% проти 15,1%; $p < 0,05$), більшою частотою стенокардії напруження (97,1% проти 37,0%; $p < 0,05$). Життєво небезпечні шлуночкові аритмії зустрічаються у 46% пацієнтів з ХСН ішемічного генезу, АС і БІМ. Ефективним методом лікування життєво небезпечних шлуночкових аритмій є комбінація кордарона з β -адреноблокатором з вазодилатувальними властивостями на фоні базисної терапії ХСН, корекції ендотеліальної дисфункції і анемічного синдрому.

Після лікування життєво небезпечні порушення ритму в групі пацієнтів, які отримували кордарон з біспрололом, зберігалися у 73,1% хворих. У групі пацієнтів, які разом з кордароном вживали карведилол або небіволлол, дані порушення ритму зберігалися лише у 22,3% хворих. На фоні застосування β -адреноблокаторів у хворих з ХСН, АС і БІМ кількість випадків БІМ зменшилась на 50,4%.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, анемічний синдром, життєво небезпечні шлуночкові порушення ритму.

Безбольова ішемія міокарда (БІМ) – є прогностично сприятливим фактором і спостерігається у 2–57% всього населення [1]. Серед практично здорових осіб, які мають фактори ризику ішемічної хвороби серця (ІХС), БІМ діагностують у 15–20% [1]. Серед пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу БІМ виявляють у 65% хворих [2–5, 7]. У третині хворих з ІХС та епізодами БІМ в подальшому розвивається стенокардія або інфаркт міокарда (ІМ) [4]. Наявність БІМ підвищує ризик раптової коронарної смерті в 5–6 разів, розвиток застійної серцевої недостатності – в 1,5 разу [6, 8, 9]. На сьогодні актуальною проблемою залишається ХСН з анемічним синдромом (АС). Проте дотепер не встановлена поширеність БІМ у даній категорії хворих. За даними літератури, у пацієнтів з ХСН ішемічного генезу і АС часто діагностують життєво небезпечні шлуночкові порушення ритму. Рання діагностика та усунення БІМ і загрожуючих життю шлуночкових порушень ритму у хворих з ХСН, АС і БІМ є важливими заходами профілактики раптової смерті цих пацієнтів. Біспролол, карведилол, метопрололу сукцинат

та небіволлол можуть бути використані в лікуванні хворого із серцевою недостатністю з порушеннями ритму. У дослідженні CIBIS-III доведено зменшення ймовірності раптової серцевої смерті за умов застосування біспрололу. За результатами дослідження СОМЕТ, зменшення смертності хворих, яким призначали карведилол, було більш значним, ніж у тих, які вживали метопролол [1]. Результати нещодавно проведеного субаналізу дослідження MADIT-CRT встановили, що серед пацієнтів з імплантованим постійним пристроєм ресинхронізації шлуночків особи, які вживали в якості β -адреноблокатора карведилол, на 20% мали нижчий ризик виникнення клінічно значущих шлуночкових порушень ритму, ніж ті, які вживали метопролол [1, 5, 7, 8]. На сьогодні проблема лікування пацієнтів з життєво небезпечними шлуночковими порушеннями ритму на фоні ХСН ішемічного генезу з анемічним синдромом і БІМ є недостатньо вивченою.

Мета дослідження: оцінити ефективність β -адреноблокаторів з вазодилативними властивостями у лікуванні життєво небезпечних шлуночкових аритмій у хворих з ХСН ішемічного генезу, анемічним синдромом і БІМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основну групу склали 309 хворих похилого віку з ХСН ішемічного генезу і АС. Середній вік хворих – $66,8 \pm 6,3$ року. Середня тривалість захворювання – $7,11 \pm 3,9$ року. Із них 207 хворих (159 жінок та 48 чоловіків, середній вік – $66,5 \pm 6,9$ року) склали підгрупу зі збереженою фракцією викиду (ФВ $> 45\%$) лівого шлуночка (ЛШ) та 102 хворих (79 жінок та 23 чоловіки, середній вік – $67,2 \pm 5,4$ року) – підгрупу із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ $\leq 45\%$). До групи порівняння увійшло 73 хворих похилого віку (18 чоловіків та 55 жінок) з II–IV функціональним класом (ФК) ХСН ішемічного генезу зі збереженою ФВ ЛШ без АС, віком $65,9 \pm 4,6$ року.

Оцінювання тяжкості клінічного стану хворих з ХСН за шкалою R. Cody в модифікації В.Ю. Марєєва в основній групі виявило достовірне ($p < 0,05$) зростання балів у міру зростання тяжкості ХСН. Але в жодному випадку сума балів не наближалася до 20 (межа критично вираженої ХСН).

ЕКГ у 12 відведеннях виконували на електрокардіографі «Юкард 200». Холтеровське моніторування (ХМ) ЕКГ здійснювали реєстратором DX-АКМ-03 (DX-Комплекси, Україна). Результати опрацьовували за допомогою програми ArNika 2.0.5.3.2. Маркерами ішемії міокарда вважали зміни сегмента ST ішемічного характеру у вигляді горизонтальної або косонисхідної депресії ST на 0,5 мм і більше за тривалості депресії сегмента ST не менше 1 хв і часом між окремими епізодами не менше 1 хв. Патологічною вважали

Таблиця 1

Клінічна характеристика хворих основної групи і групи порівняння, абс. число, %

Патологія	Основна група (хворі з ХСН і АС)			Група порівняння, n=73
	Усього, n=309	ФВ ЛШ>45%, n=207	ФВ ЛШ< 45%, n=102	
Стабільна стенокардія напруження	300 (97,1)*	201 (97,1)*	99 (97,1)*	27 (37,0)
Безболіва ішемія	122 (39,5)*	71 (34,3)*#	51 (50,0)*	11 (15,1)
Супутня АГ	225 (72,8)	157 (75,8)	68 (66,7)	51 (69,9)
Перенесений інфаркт міокарда в анамнезі	29 (9,4)*	-#	29 (28,4)*	1 (1,4)

Примітки: * – p<0,05 порівняно з групою порівняння; # – p<0,05 порівняно з підгрупою хворих з ФВ ЛШ< 45%.

Таблиця 2

Частота і структура шлуночкових порушень ритму у хворих з ХСН і АС

Порушення ритму	Основна група, n=309			Група порівняння, n=73		
	Абс. число	Частота, %	Структура, %	Абс. число	Частота, %	Структура, %
Рідкісна монорморфна екстрасистоля <30 за 1 год	78	25,2*	58,2	11	15,0	73,3
Часта монорморфна екстрасистоля > 30 за 1 год	17	5,5	12,8	1	1,37	6,7
Поліморфна екстрасистоля	14	4,5	10,4	1	1,37	6,7
Парна	11	3,6	8,2	1	1,37	6,7
Пробіжки шлуночкової тахікардії	9	2,9	6,7	1	1,37	6,7
Рання шлуночкова екстрасистоля (R на T)	5	1,6	3,7	-	-	-
Усього	134	43,4*	100	15	20,6	100

Примітка. * – p<0,05 порівняно з відповідним показником групи порівняння.

елевацію сегмента ST >1 мм у будь-якому відведенні, за виключенням V2. ХМ дало змогу діагностувати БІМ під час звичних для пацієнта фізичних і емоційних навантажень та отримати інформацію про початок, тривалість і кількість епізодів БІМ, провести аналіз циркадної варіабельності ішемічних епізодів, їхню кореляцію з ектопічною активністю.

Комплексне лікування хворих з ХСН і АС включало стандартні засоби тривалої фармакотерапії ХСН, корекцію АС і ендотеліальної дисфункції.

Небезпечні для життя шлуночкові порушення ритму діагностовано у 56 хворих основної групи. Групу 1 склали 28 пацієнтів з ХСН, АС і БІМ, які для корекції даних порушень ритму отримували кордарон з бісопрололом. Іншим 28 хворим (група 2) для корекції порушень ритму серця разом з кордароном призначали β-адреноблокатори з вазодилатувальним ефектом (карведилол або небіволол). Титування доз препаратів ретельно контролювали. Важливим клінічним критерієм ефективного лікування БАБ є зменшення ЧСС в стані спокою до 55–60 за 1 хв.

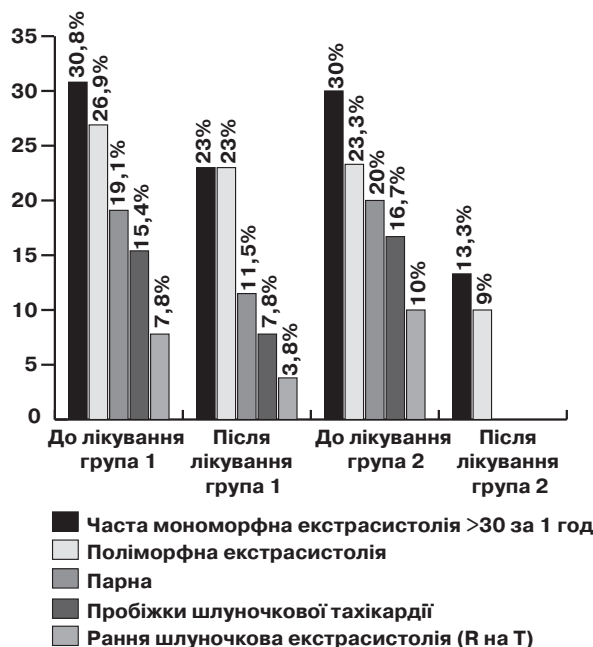
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих похилого віку з ХСН і АС у 2,6 рази частіше (p<0,05), ніж у групі порівняння, реєстрували стенокардію напруження – у 300 (97,1%) проти 27 (37,0%) (табл. 1). У 29 (28,4%) хворих із систолічною дисфункцією ЛШ в анамнезі був перенесений інфаркт міокарда (p<0,05). Серед хворих з ХСН і АС переважали пацієнти з ХСН ІА–ІІБ стадій (n=205; 66,3%).

Наведені дані свідчать про те, що у хворих літнього віку ХСН з АС має більш тяжкий клінічний перебіг, що зумовлено тяжкими розладами гемодинаміки, функціонального стану міокарда і ремоделюванням ЛШ. Основними причинами

декомпенсації ХСН за наявності АС на відміну від хворих без АС є прояви ішемії міокарда, стенокардія напруження, порушення ритму серця. Це дає можливість стверджувати, що АС обтяжує перебіг і сприяє прогресуванню ХСН ішемічного генезу.

Слід відзначити, що у виникненні і прогресуванні ХСН важливу роль відігравали як симптомні, так і безсимптомні



Лікування хворих з життєво небезпечними порушеннями ритму

форми ІХС. У більшості випадків у одного і того самого хворого спостерігали сукупність як больової, так і безбольової ішемії міокарда.

БІМ за даними добового моніторингу ЕКГ діагностували у 122 (39,5%) пацієнтів основної групи проти 11 (15,1%) пацієнтів в групі порівняння ($p < 0,05$) (див. табл. 1). При цьому у хворих із систолічною дисфункцією ЛШ і АС такий варіант ішемії реєстрували майже у 1,5 разу частіше, ніж у хворих без порушень систолічної функції ($p < 0,05$). Відзначено високий відсоток небезпечних для життя аритмій (18,1% проти 5,5%).

Зазначене вище дає змогу зробити висновок, що безбольова ішемія міокарда є вкрай несприятливим прогностичним фактором і підвищує ризик раптової смерті хворих похилого віку з ХСН і АС.

Серед 122 хворих основної групи з БІМ небезпечні для життя шлуночкові порушення ритму діагностовано у 56 (46%) хворих (табл. 2).

Зареєстровано часту монорморфну екстрасистолію > 30 за 1 год, поліморфну, парну, пробіжки шлуночкової тахікардії, ранню шлуночкову екстрасистолію (R на T).

У хворих з ХСН III–IV ФК і АС при рівні Hb < 100 г/л часту, ранню, групову шлуночкову екстрасистолію діагностували у 2,7 разу частіше, ніж у хворих з рівнем Hb 100–120 г/л (30,2%; $p < 0,05$). Відзначено прямий кореляційний зв'язок ($r = +0,47$; $p < 0,05$) між частотою небезпечної для життя шлуночкової аритмії і епізодами БІМ.

На фоні застосування β -адреноблокаторів у хворих з ХСН, АС і БІМ кількість випадків БІМ зменшилась на 50,4%. Позитивну динаміку відзначали також щодо життєво небезпечних порушень ритму (малюнок).

Після лікування у групі 2 у хворих з ХСН, АС і БІМ, які разом з кордароном вживали карведилол або небіволлол,

порівняно з групою 1, пацієнти якої для корекції даних порушень ритму отримували кордарон з бисопрололом, значно зменшилась частота життєво небезпечних шлуночкових порушень ритму. Після лікування життєво небезпечні порушення ритму в групі 1 зберігались у 73,1% хворих. У групі 2 дані порушення ритму зберігались лише у 22,3% хворих. У групі 1 часту монорморфну екстрасистолію після лікування виявляли на 7,8%, поліморфну на 3,9%, парну на 7,6%, пробіжки шлуночкової тахікардії на 7,6% рідше, ніж до лікування. Рання шлуночкова екстрасистолія (R на T) залишалась на тому самому рівні (у 7,8% випадків). У групі 2 часту монорморфну екстрасистолію після лікування діагностували на 16,7%, поліморфну на 14,3% рідше, ніж до лікування. Парну, пробіжки шлуночкової тахікардії та ранню шлуночкову екстрасистолію (R на T) після лікування не виявляли.

ВИСНОВКИ

1. Клінічний перебіг ХСН з АС порівняно з хворими з ХСН без АС характеризується більш частим виявленням БІМ (39,5% проти 15,1%; $p < 0,05$), більшою частотою стенокардії напруження (97,1% проти 37,0%; $p < 0,05$) та високим відсотком небезпечних для життя аритмій (18,1% проти 5,5%). На фоні застосування β -адреноблокаторів у хворих з ХСН, АС і БІМ кількість випадків БІМ зменшилась на 50,4%.

2. Життєво небезпечні шлуночкові аритмії виявляли у 46% пацієнтів з ХСН ішемічного генезу, АС і БІМ.

3. Ефективним методом лікування життєво небезпечних шлуночкових аритмій є комбінація кордарона з β -адреноблокатором з вазодилатувальними властивостями на фоні базисної терапії ХСН, корекції ендотеліальної дисфункції і анемічного синдрому.

Особенности лечения угрожающих жизни желудочковых нарушений ритма у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза и безболевого ишемией миокарда

С.А. Шейко, В.А. Василенко

Проведено исследование эффективности β -адреноблокаторов с вазодилатирующими свойствами в лечении опасных для жизни желудочковых аритмий у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза, анемическим синдромом (АС) и безболевого ишемией миокарда (БИМ).

Основную группу составили 309 больных пожилого возраста с ХСН ишемического генеза и АС. Средний возраст больных – $66,8 \pm 6,3$ года. Средняя продолжительность заболевания – $7,11 \pm 3,9$ года. Клиническое течение ХСН с АС по сравнению с больными с ХСН без АС характеризуется большей частотой встречаемости БИМ (39,5% против 15,1%; $p < 0,05$), большей частотой стенокардии напряжения (97,1% против 37,0%; $p < 0,05$). Опасные для жизни желудочковые аритмии встречаются у 46% пациентов с ХСН ишемического генеза, АС и БИМ. Эффективным методом лечения опасных для жизни желудочковых аритмий является комбинация кордарона с β -адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами на фоне базисной терапии ХСН, коррекции эндотелиальной дисфункции и анемического синдрома.

После лечения опасные для жизни желудочковые нарушения ритма в группе пациентов, которые получали кордарон с бисопрололом, сохранялись у 73,1% больных. В группе пациентов, которые наряду с кордароном принимали карведилол или небиволлол, данные нарушения ритма сохранялись лишь у 22,3% больных. На фоне применения β -адреноблокаторов у больных с ХСН, АС и БИМ количество случаев БИМ уменьшилось на 50,4%.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, анемический синдром, опасные для жизни желудочковые нарушения ритма.

Peculiarities of treating life dangerous ventricular rhythm disorders in patients with chronic heart failure of ischemic genesis and painless myocardial ischemia

S.A. Sheiko, V.A. Vasylenko

There was studied efficacy of β -adrenoblockers with vasodilating properties in treatment of life dangerous ventricular arrhythmias in elderly patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic genesis, anemia syndrome (AS) and painless myocardial ischemia (PMI). Main group included 309 elderly patients with CHF of ischemic genesis and AS. Median age of patients was $66,8 \pm 6,3$ years. Average disease duration was $7,11 \pm 3,9$ years. Clinical course of CHF with AS in comparing to patients with CHF without AS is characterized by a greater frequency of PMI (39,5% versus 15,1%; $p < 0,05$), a greater frequency of exertional angina (97,1% versus 37,0%; $p < 0,05$). Life dangerous ventricular arrhythmias occur in 46% of patients with CHF of ischemic genesis, AS and PMI. Combination of cordarone with β -adrenoblocker with vasodilating properties on the background of basic therapy of CHF, endothelial dysfunction correction and anemia syndrome is an effective method of treating life dangerous ventricular arrhythmias.

After treating life dangerous ventricular rhythm disorders in the group of patients receiving cordarone with bisoprolol preserved in 73,1% of patients. In the group of patients receiving cordarone together with carvedilol or nebivolol these disorders preserved only in 22,3% of patients. On the background of β -adrenoblockers usage in patients with CHF, AS and PMI a number of PMI decreased by 50,4%.

Key words: chronic heart failure anemia syndrome, life dangerous ventricular rhythm disorders.

Сведения об авторах

Шейко Светлана Александровна – кафедра педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики, ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (067) 985-09-63. E-mail: doctor.sheyko@gmail.com

Василенко Вячеслав Анатольевич – кафедра педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики, ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронков Л.Г. Карведилол: фармакодинамика и место в современной кардиологии/ Л.Г. Воронков. – К.: Четверта хвиля, 2013. – 64 с.
2. Гуревич М.А. Безболевая ишемия миокарда: вопросы патогенеза и лечения/ М.А. Гуревич // Consilium medicum. – 2007. – № 11. – С. 13–17.
3. Митьковская Н.П., Патеюк И.В., Шкробнева Э.И. Безболевая ишемия миокарда у женщин / Н.П. Митьковская, И.В. Патенюк, Э.И. Шкробнева// Медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 45–51.
4. Митьковская Н.П., Терехов В.И., Авдей Л.Л., Патеюк И.В. Безболевая ишемия миокарда – путь к диагнозу // Медицинский журнал. – 2008. – № 3 (25). – С. 12–15.
5. Нагаева Ю.М., Сайфутдинов Р.Г. Безболевая ишемия миокарда/ Ю.М. Нагаева, Р.Г. Сайфутдинов // Практическая медицина. – 2008. – № 4.
6. Патеюк И.В. Особенности безболевой ишемии миокарда и нарушенный ритма при различных типах ремоделирования левого желудочка /И.В. Патенюк// Медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 48.
7. Meiltz A, Ciaroni S. Silent myocardial ischaemia: a deafening silence / A. Meiltz, S. Ciaroni // Rev. Med. Suisse. – 2005. – V. 1, № 9. – P. 613–616.
8. Sejil S., Janand-Delenne B., Avierinos J.F. et al. Six-year follow-up of a cohort of 203 patients with diabetes after screening for silent myocardial ischaemia // Diabet Med. – 2006. – V. 23, № 11. – P. 1186–1191.
9. Anand D.V., Lim E., Hopkins D. Risk stratification in uncomplicated type 2 diabetes: prospective evaluation of the combined use of coronary artery calcium imaging and selective myocardial perfusion scintigraphy / D.V. Anand, E. Lim, D. Hopkins // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 713–721.

Статья поступила в редакцию 19.01.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПИЛЮЛЯ, СНАБЖЕННАЯ ИГОЛОЧКАМИ – «ШПРИЦ XXI ВЕКА»

В США создан новый метод введения лекарственных препаратов, который пригодится в первую очередь больным, страдающим хроническими заболеваниями. Каждый раз, когда больному понадобится очередной укол, ему будет достаточно проглотить особую таблетку.

В основе изобретения, которое совершили сотрудники Массачусетского технологического института, лежит описанный еще Джеком Лондоном метод охоты на белых медведей, который когда-то применяли коренные жители Аляски.

В данном случае роль замороженного жира выполняет специальное покрытие пилюли, снабженной несколькими десятками тончайших игл.

Диаметр игл столь мал, что они в отличие от свернутого в трубочку ки-

шечного уса, которые применяли эскимосы в XIX веке, не только не пробивают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, но и вообще не вызывают никаких ощущений.

Покрытие таблетки mPill полностью растворяется только после того как она попадет в кишечник - это предотвращает разрушение лекарства желудочным соком.

Во время движения по кишечнику миниатюрные иглы введут в его стенки весь препарат, который немедленно поступит в кровь. В дальнейшем таблетка выводится из организма естественным образом вместе с отходами жизнедеятельности. Длина такой капсулы 2 см, а ее диаметр - 1 см.

Пилюля-шприц уже прошла испытания на животных - в этом случае в организмы свиней вводили инсулин.

Исследование кишечника животных, которое было проведено после того, как капсула покинула их организмы, не выявило ни малейших повреждений слизистой оболочки. Вместе с тем "пилюли" выполнили задачу - полностью ввели заданную дозу инсулина.

По мнению авторов изобретения, оно будет полезно в первую очередь людям, страдающим диабетом 1-го типа, и больным другими заболеваниями, для лечения которых требуются ежедневные инъекции препаратов.

После начала промышленного производства таблеток mPill и их удешевления пилюли можно будет применять и для массовой вакцинации препаратами, которые сейчас вводятся с помощью обычных инъекций.

Источник: www.health-ua.org