

Эффективность препарата — 90-100%. Как правило, пароксизмальную суправентрикулярную тахикардию удается купировать в течение 20-40 с после введения АТФ. Начальная доза аденозина (Аденокор) — 6 мг (2 мл).

Аденозин и АТФ принадлежат к числу наиболее безопасных препаратов для купирования этого вида тахикардии, поскольку они обладают очень коротким периодом полувыведения (несколько минут) и не влияют на системное АД и сократительную функцию миокарда желудочков. В то же время иногда, особенно у больных с дисфункцией синусового узла, купирование пароксизма наджелудочковой тахикардии внутривенным введением болюса аденозина (АТФ) сопровождается кратковременным урежением восстановленного синусового ритма вплоть до коротких (несколько секунд) периодов асистолии. Обычно при этом не нужны дополнительные лечебные меры, однако, если период асистолии затягивается, может потребоваться прекардиальный удар (крайне редко — непрямой массаж сердца в виде нескольких массажных движений).

Не менее эффективен (в 90-100% случаев) антагонист кальция верапамил (Изоптин) или дилтиазем. Верапамил вводится внутривенно в дозе 2,5-5 мг в 20 мл физиологического раствора за 2-4 мин (во избежание развития коллапса или выраженной брадикардии) с возможным повторным введением 5-10 мг через 15-30 мин. при сохранении тахикардии и отсутствии гипотензии. Верапамил следует применять только при нарушениях ритма с узким комплексом QRS. При пароксизмальных тахикардиях с широким комплексом QRS, особенно при подозрении на пароксизмальную фибрилляцию предсердий на фоне явного синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, верапамил противопоказан, так как он уменьшает скорость антеградного проведения по АВ-соединению и не влияет на скорость антеградного проведения по дополнительному предсердно-желудочковому соединению, что может привести к возрастанию частоты возбуждения желудочков и трансформации фибрилляции предсердий в фибрилляцию желудочков.

Альтернативой верапамилу при наджелудочковой пароксизмальной тахикардии с узким комплексом QRS может служить прокаинамид (Новокаинамид), применение которого возможно при неэффективности верапамила, но не ранее чем через 20-30 мин. после введения последнего и при условии сохранения стабильной гемодинамики. Эффективность прокаинамида также достаточно высока, но по безопасности он существенно уступает АТФ и верапамилу.

Кроме того, можно назначать и β -адреноблокаторы, однако в связи с высокой эффективностью АТФ и верапамила, а также из-за высокой вероятности развития артериальной гипотонии и выраженной брадикардии к внутривенному введению таких β -блокаторов, как Обидан, пропранолол, прибегают редко. Наиболее безопасен короткодействующий β -блокатор эсмолол (Бревиблок). Внутривенное введение пропранолола в дозе до 0,15 мг/кг со скоростью не более 1 мг/мин. желательнее осуществлять под мониторным контролем ЭКГ и АД.

Электроимпульсная терапия

Электроимпульсная терапия на догоспитальном этапе при купировании наджелудочковых тахикардий с узким комплексом QRS показана при клинических признаках острой левожелудоч-

ковой недостаточности (устойчивая артериальная гипотония с систолическим АД < 90 мм рт. ст., аритмогенный шок, отек легких), возникновении тяжелого ангинозного приступа либо синкопального состояния. Как правило, достаточно бывает энергии разряда в 50-100 Дж.

Показания к госпитализации

Госпитализация показана при: впервые зарегистрированных пароксизмах наджелудочковых тахикардий с узким комплексом QRS; отсутствии эффекта от медикаментозной терапии (на догоспитальном этапе обычно применяют только 1 аритмическое средство); осложнениях, потребовавших проведения электроимпульсной терапии; часто рецидивирующих нарушениях ритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латфуллин И. А. и соавторы Клиническая аритмология. — 2002. — С. 1-20.
2. Ostrander J. R., Brandt R. L., Kjelsberg M. O., Epstein F. H. Electrocardiographic findings among the adult population of a total natural community. — Tecumseh, Michigan. — Circulation 1965; 31: 888-98.
3. Кушаковский М. С. Фибрилляция предсердий. — СПб. ИКФ «Фолиант», — 1999. — 176 с.
4. Furberg C. D., Psaty B. M., Manolio T. A., Gardin J. M., Smith V. E., Rautaharju P. M. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects (the Cardiovascular Health Study). Am. J. Cardiol. — 1994; 74: 236-41.
5. Kannel W. B., Abbott R. D., Savage D. D., McNamara P. M. Coronary heart disease and atrial fibrillation: the Framingham Study. Am. Heart. J. — 1983; 106: 389-96.
6. Lip G. Y. H., Beevers D. G. History, epidemiology, and importance of atrial fibrillation. Br. Med. J. — 1995; 311: 1361-1366.
7. Кушаковский М. С. Аритмия сердца. — СПб, — 1999. — С. 498-504.
8. Захар А., Антончиков И. В., Борисова Е. В., Попов С. В., Курлов И. О. Клиническая эффективность и безопасность купирования пароксизмов фибрилляции предсердий пропранололом. Российский кардиологический журнал — № 4942. — 2003, — С. 59-62.
9. Фомина И. Г., Ветлужский А. В. Мерцательная аритмия. Современное состояние проблемы. Практикующий врач. — 2003, — № 2, — 31-40 с.
10. Wolf P. A., Abbott R. D., Kannel W. B.; — Arch. Intern. Med. — 1997, — № 147; — P. 1561-1574.
11. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Eur. Heart J. — 2001. — 22 (20).
12. Варламов А. М. Состояние гемодинамики у больных ОИМ и пароксизмальной формой МА. Кровообращение. — 1990. — № 5 С. 50-52.
13. Олейников В. Э. Совершенствование диагностики и медикаментозной терапии пароксизмальной мерцательной аритмии, наджелудочковой тахикардии, экстрасистолии. Автореферат дисс. д.м.н. — Пенза. — 1995. — 32 с.
14. Bianconi L., Dinelli M., Pappalardo A. Comparison of intravenously-Administered dofetilide versus amiodarone in the acutetermination of atrial fibrillation and flutter. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. // Circulation, — 1995, — V. 92, — Suppl. 1: 1-774.
15. Benajmim E., Levy D., Vaziri S. et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. // JAMA — 1994, — V. 171. — P. 840-844.
16. Boriani G., Biffi M., Capucci A. et al. Oral propafenone to convert recent-onset atrial fibrillation in patients with and without underlying heart disease. A randomized, controlled trial. // Ann. Intern. Med. — 1997; — 126: 621-5.
17. Сулимов В. С. Нарушение ритма и проводимости сердца. — Сердце. — 2005. — № 1. — С. 31-36.

Дифференцированная терапия ишемической болезни сердца

А. Н. ЗАКИРОВА, Н. Э. ЗАКИРОВА.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до сих пор остается основной причиной смерти населения всех стран мира [1].

Лечение больных стенокардией, составляющих самую многочисленную группу пациентов с ИБС, по-прежнему находится в центре внимания практических врачей. Основными целями лечения больных ИБС являются предупреждение инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти, устранение клинической симптоматики и улучшение качества жизни [2, 3].

Согласно рекомендаций Американской ассоциации сердца [4] для предупреждения возникновения и дестабилизации ИБС рекомендуются: прекращение курения, достижение идеальной массы тела, физические тренировки, диета (уровень доказательств В); коррекция нарушений липидного обмена: статины при уровне ЛПНП > 3,4 ммоль/л (уровень А); контроль артериального давле-

ния (АД) на уровне не более 130/85 мм рт. ст.; контроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом.

Рекомендации Американской ассоциации сердца по фармакотерапии для предотвращения ИМ и смерти включают: аспирин 75-125 мг (уровень А); наибольший эффект аспирина достигается при прогрессировании ИБС и формировании острого коронарного синдрома; клопидогрель 75 мг при наличии противопоказаний к аспирину (уровень А); β -адреноблокаторы после ИМ (уровень А); β -блокаторы без ИМ (уровень В); липидснижающая терапия и диета при уровне ЛПНП > 3,4 ммоль/л, целевой уровень ЛПНП — 2,6 ммоль/л; ингибиторы АПФ при хронической сердечной недостаточности, дисфункции левого желудочка (фракция выброса < 40%), сахарном диабете и артериальной гипертензии (уровень А).

Атеротромбоз с образованием тромба на месте разрыва атеро-

матозной бляшки в коронарной артерии лежит в основе обострения ИБС-нестабильной стенокардии и ИМ. Основными антитромбоцитарными препаратами в арсенале современного врача являются аспирин, клопидогрель, тиклопидин. При назначении аспирина пациентам со стабильной стенокардией в среднем на 33% снижается риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, ИМ, внезапной смерти.

Рандомизированное исследование CURE, включавшее более 12500 больных, убедительно доказало эффективность клопидогреля (300 мг/сут. в остром периоде, затем 75 мг/сут.) в сочетании с аспирином (75-325 мг/сут.) в предотвращении (в среднем на 20%) вероятности ИМ, инсульта и смерти от сердечно-сосудистых осложнений у больных с нестабильной стенокардией и другими острыми коронарными синдромами.

К настоящему времени нет сомнений в том, что снижение уровня холестерина плазмы при высоком риске осложнений ИБС сопровождается значительным снижением риска сердечно-сосудистых осложнений, в том числе фатальных, а также снижением общей смертности [5]. Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) наиболее эффективно снижают как уровень холестерина, так и риск сердечно-сосудистых осложнений. Последнее десятилетие ознаменовалось лавинообразным накоплением доказательств благоприятного влияния статинов на показатели заболеваемости и смертности у самых разных категорий больных мужчин, женщин, при сопутствующем диабете, атеросклерозе периферических и мозговых артерий.

В России статины назначаются очень редко, согласно данным исследования VALIANT после ИМ статины получают лишь 0,6% больных (для сравнения в Великобритании их используют около 58% больных). К настоящему времени больше всего данных получено по вторичной профилактике ИБС с помощью правастатина, симвастатина и аторвастатина.

В ходе исследования HPS симвастатин в дозе 40 мг/сут. достоверно снизил как уровень ХС ЛПНП, так и риск сердечно-сосудистых осложнений независимо от исходных значений липидов. Общая смертность среди принимавших симвастатин снизилась на 12%, смертность от сердечно-сосудистых осложнений на 17%, риск инсультов — на 27%, общий риск сердечно-сосудистых осложнений уменьшился на 24%.

Ингибиторы АПФ широко используются для лечения больных с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, ИМ и диабетической нефропатией. Вместе с тем, имеются реальные предпосылки для их применения у всех больных с ИБС, в том числе — со стабильной формой стенокардии.

EUROPA — первое крупное многоцентровое рандомизированное, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором показано, что прием Периндоприла в дозе 8 мг в течение 4-х лет уменьшал на 20% частоту наступления первичной конечной точки, то есть, сердечно-сосудистой смерти, нефатального ИМ и остановку сердца с успешными реанимационными мероприятиями [6].

Терапия Периндоприлом ассоциировалась со значимым снижением частоты наступления вторичных конечных точек: на 24% фатального и нефатального ИМ ($p < 0,001$); на 39% сердечной недостаточности ($p = 0,002$).

Лечение стенокардии многие врачи традиционно начинают с назначения нитратов. Эти препараты улучшают толерантность к нагрузке, увеличивают время до появления стенокардии и уменьшают депрессию сегмента ST на ЭКГ при нагрузке. Слабой стороной нитратов является развитие к ним толерантности и побочных эффекты, затрудняющие их использование. Неизвестно также, улучшают ли нитраты прогноз у больных стабильной стенокарди-

ей при длительном применении, что делает сомнительным целесообразность их назначения в отсутствие стенокардии. Во многих случаях нитраты применяются в периоды ухудшения состояния или при предполагаемых дополнительных нагрузках (по требованию).

Бета-блокаторы уменьшают частоту сердечных сокращений (ЧСС) и АД во время нагрузки, предотвращают развитие более ишемических изменений ЭКГ. При подборе дозы ориентируются на частоту приступов и стараются замедлить ЧСС до 55-60 уд/мин. В отсутствие противопоказаний надо стремиться к обязательному назначению бета-блокаторов всем больным стабильной стенокардией, так как предполагается их благоприятное влияние на прогноз. Описанные ранее отрицательные метаболические эффекты бета-блокаторов (ухудшение липидных показателей) обычно незначительны и чаще всего в расчет не принимаются. Новые представители класса бета-блокаторов с дополнительными свойствами вазодилаторов, антиоксидантов и эндотелиальных протекторов лучше переносятся и имеют более благоприятный метаболический профиль.

Антагонисты кальция обычно назначаются при недостаточном антиангинальном эффекте нитратов или бета-блокаторов. Антагонисты кальция особенно показаны для лечения вазоспастической стенокардии.

В последнее время наблюдается заметный интерес к метаболическому направлению в лечении стабильной стенокардии. В ряде контролируемых исследований показано, что триметазидин уменьшает количество приступов стенокардии и потребность в приеме нитроглицерина, увеличивает продолжительность физической нагрузки, время до появления депрессии сегмента ST на ЭКГ. Недавно был установлен более точно механизм действия триметазидина — селективное угнетение «длинноцепочечной» 3-кетотиацил-КоА-тиолазы — фермента, участвующего в окислении свободных жирных кислот, и этот класс получил название 3-KAT ингибиторы. Новая лекарственная форма препарата — триметазидин МВ — назначаемая по 35 мг дважды в сутки, должна существенно повысить приверженность больных лечению.

Таким образом, в терапии больных ИБС со стенокардией в соответствии с Европейскими, Американскими и Российскими рекомендациями следует включить все элементы таблицы-памятки:

- А. ацетилсалициловая кислота и антиангинальная терапия;
- В. β -блокаторы и контроль АД;
- С. курение и холестерин (прекращение курения, снижение холестерина);
- Д. диета и сахарный диабет (соблюдение диеты и нормализация уровня глюкозы);
- Е. образовательная программа в вопросах лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, физические нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов Ю. А. Лечение стенокардии: поиск оптимального решения. Русский мед. журнал. — 2003; 19:1080-1082.
2. Лупанов В. П. Стабильная стенокардия: тактика лечения и ведение больных в стационаре и амбулаторных условиях. Русский мед. журнал. — 2003; 9:556-563.
3. Шляхто Ю. А. Современные тенденции в лечении ИБС. CONSILIUM MEDICUM. Экстравыпуск, — 2002.
4. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the management of patients with chronic angina-summary article. A Report of the American College of Cardiology. / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. (R. J. Gibbons, J. Abrams, K. Chatterjee et al.). Circulation. — 2003; 107:149-158.
5. Kubler W. Treatment of cardiac disease: evidence based or experienced based medicine. — Heart 2000; 84:134-136.
6. EUROPA Trial Investigators. — Lancet. — 2003; 362:782-788.

Антибактериальная терапия инфекции мочевых путей и пиелонефрита у беременных.

В. В. ТРУСОВ, И. А. КАЗАКОВА, Е. Э. КРУТКИНА.
Ижевская государственная медицинская академия.

Бактериальные инфекции мочевых путей — одна из наиболее часто встречающихся групп заболеваний беременных. Основными клинически значимыми формами заболеваний данного плана у беременных являются бессимптомная бактериурия, уретрит и цистит. Кроме этого отдельно выделяется пиелонефрит у беременных. Различные авторы дают разные

цифры частоты мочевых инфекций и пиелонефрита — от 2 до 40% всех беременных.

Для лечения мочевой инфекции беременных используют антибактериальные препараты (антибиотики, уросептики), позитивную терапию, катетеризацию мочеоточников, оперативное вмешательство (декапсуляция почки, вскрытие гнойных очагов,