

СРАВНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МОНОТЕРАПИИ ДИГОКСИНОМ, В-БЛОКАТОРАМИ, ВЕРАПАМИЛОМ И D,L-СОТАЛОЛОМ И КОМБИНИРОВАННОЙ УРЕЖАЮЩЕЙ РИТМ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МЕТОДОМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва

Цель: сравнить процент выявления у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) тахикардии в покое и при нагрузках, процент выявления пауз и желудочковой экстрасистолии на фоне урежающей ритм терапии дигоксином, в-блокаторами, верапамилом, d,l-соталолом и их комбинациями с помощью холтеровского мониторинга (ХМ) ЭКГ.

Материал и методы: в исследование было включено 85 больных с постоянной формой ФП (средний возраст $62,41 \pm 10,03$ лет) - 23 мужчины и 62 женщины, у которых в отсутствие адекватной терапии имелась тахисистолия (средняя ЧСС более 80 ударов в минуту) в покое. Изучалась терапия в-блокаторами (группа Б, 10 человек, атенолол $50,0 \pm 23,2$ мг/сут, пропранолол 30 мг/сут, метопролол 25 мг/сут), дигоксином (группа Д, 28 человек, $0,32 \pm 0,12$ мг/сут, дигитализация в среднем темпе), верапамилом (группа В, 10 человек, $192,0 \pm 83,9$ мг/сут), d,l-соталолом (группа С, 10 человек, $124,0 \pm 39,8$ мг/сут), комбинациями дигоксина с в-блокаторами (в одной группе - ДБ - первым был назначен дигоксин, 27 человек, в другой - в-блокатор, группа БД, 16 человек), дигоксина с d,l-соталолом (группа ДС, 10 человек). Суточные дозы дигоксина в группах комбинированной терапии составили соответственно $0,29 \pm 0,15$ мг; $0,36 \pm 0,15$ мг; $0,27 \pm 0,06$ мг; атенолола - $61,9 \pm 31,2$ мг и $52,3 \pm 26,1$ мг, пропранолола - $58,8 \pm 45,8$ мг и $36,7 \pm 5,8$ мг.

Средняя ЧЖС рассчитывалась до начала терапии и на ее фоне с помощью компьютерного анализа ЭКГ 300 комплексов QRS (запись в покое; электрокардиоанализатор «Кардис», «Геолинк-электроникс»). ХМ проводилось на фоне терапии с помощью кардиомониторов «Икар-ИН22» (АО «Медиком», РФ), «ДНК-ЭКЗК 01» («ДНК и К», г. Тверь, РФ), «Schiller MT-100» («Schiller», Швейцария), при работе с мониторами «ДНК» и «Schiller» - с возможностью построения интервальной гистограммы RR («Марс 8000», «Marquette», США).

Результаты: сравнение динамики ЧЖС в покое и данных ХМ представлены на диаграмме и в табл. Несмотря на дос-

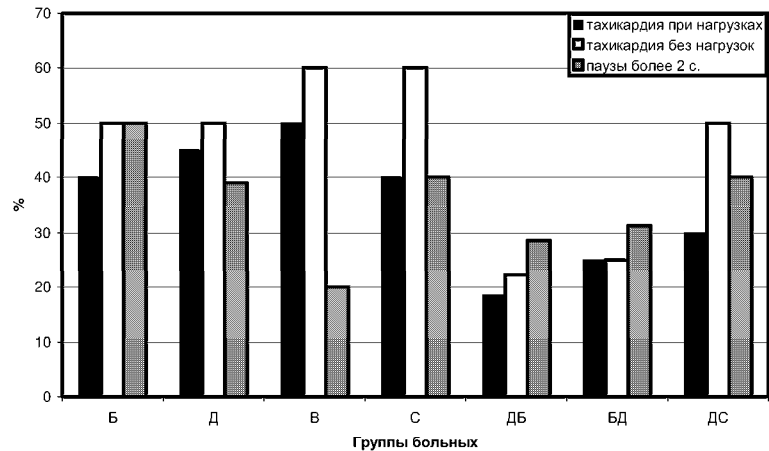


Рис. 1. Частота выявления тахикардии и пауз в группах больных.

Таблица.

Динамика средней ЧСС в группах больных ($M \pm m$).

Группы	Б	Д	В	С	ДБ	БД	ДС
Динамика средней ЧСС, уд/мин.	30,1 $\pm$ 12,5	15,6 $\pm$ 12,1	25,8 $\pm$ 17,9	14,9 $\pm$ 10,4	23,1 $\pm$ 12,9	19,6 $\pm$ 12,5	20,8 $\pm$ 11,0
Достоверные различия ($p < 0,05$)	Д,С	Б	-	Б	Д	Д	-

товерно более выраженное снижение средней ЧЖС в покое в группе лечения в-блокаторами (и недостоверно - в группе лечения верапамилом) в сравнении с группой лечения дигоксином и достоверные различия в урежающем действии в-блокаторов и d,l-сotalолом (при лечении в-блокаторами нормосистолия в покое была достигнута у всех больных), показатели сохранения тахикардии при нагрузках (выше 120 уд/мин.) и эпизодов не связанной с нагрузками тахикардии (более 110 уд/мин.) по данным ХМ оказались в этих группах очень близки. Это может объясняться неоптимальной структурой ритма при лечении в-блокаторами и верапамилом (сохранение на интервальной гистограмме RR пика в области коротких RR, большой разброс и резкие колебания величины RR), а также отсутствием у этих препаратов кардиотонического действия, что способствует развитию тахикардии при нагрузках. Верапамил существенно реже приводит к возникновению пауз более 2 с., что обусловлено особым механизмом его действия на атриовентрикулярную проводимость. Оптимальное влияние комбинированной терапии дигоксином с в-блокаторами (независимо от последовательности их назначения) на среднюю ЧЖС в покое сочетается с существенно меньшим процентом сохранения эпизодов связанной и не связанной с нагрузками тахикардии, причем это достигается без нарастания количества пауз более 2 с. в сравнении с группами монотерапии.

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) встречалась у 86% больных, получавших дигоксин, однако среднее количество экстрасистол у большинства больных было очень невелико (от 5 до 140, в среднем 40 в сутки). Высокая частота ЖЭ в группах лечения d,l-сotalолом и дигоксином с d,l-сotalолом (80%) была одним из основных показаний к назначению d,l-сotalола и свидетельствовала о недостаточной эффективности средних (хорошо переносимых) доз препарата. Исходная ЖЭ при лечении в-блокаторами и верапамилом сохранялась. В группах комбинированной терапии дигоксином и в-блокаторами ЖЭ выявлялись менее чем у 50% больных (сравнение исходных данных с группами монотерапии не проводилось).

Выводы. 1. ХМ является обязательным методом контроля эффективности и безопасности урежающей ритм терапии у больных с постоянной формой мерцательной аритмии. 2. Эффективное подавление эпизодов тахикардии как в покое, так и при нагрузках достигается (по данным ХМ) только при назначении комбинированной урежающей ритм терапии (в частности, дигоксином с в-блокаторами); монотерапия в-блокаторами и верапамилом не имеет существенных преимуществ перед лечением дигоксином по этим критериям. 3. Комбинированная урежающая ритм терапия (дигоксином с в-блокаторами или d,l-сotalолом) не сопровождается нарастанием количества пауз более 2 с. в сравнении с монотерапией этими препаратами.