

**ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПОСТОЯННОЙ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА
У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И/ИЛИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
В СВЯЗИ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ**

В.Ю.БАРАНОВИЧ

Кафедра госпитальной хирургии РУДН.

Москва. 1171988, ул. Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет

Е.А. СЫРКИНА, М.А. ПОПОВ, А.Б. КУЗНЕЦОВ

Отдел кардиологии НИЦ ММА им. И.М. Сеченова.

Москва, 119048, ул. Большая Пироговская 2/6.

В статье рассматривается целесообразность расширения показаний к постоянной электрокардиостимуляции у больных с синдромом слабости синусового узла, нуждающихся в адекватной терапии бета-адреноблокаторами по поводу стенокардии или застойной сердечной недостаточности. Анализируется группа из 53 больных, которым постоянный ЭКС был имплантирован по поводу синдрома тахикардии-брадикардии. У всех этих больных отмечалась стенокардия II-IV ф.кл. или бессимптомная постинфарктная ишемия. У 41 больного отмечалась также застойная сердечная недостаточность I-III класса по NYHA. В результате присоединения адекватных доз бета-адреноблокаторов к проводимой ранее терапии был получен хороший ангинальный эффект у 40% больных стенокардией, удовлетворительный у 60%. У 8 пациентов из 9 с сердечной недостаточностью II-III кл. по NYHA отмечалась регрессия сердечной недостаточности до уровня I-II ф. кл. Показан профилактический эффект бета-адреноблокаторов в отношении развития сердечной недостаточности, связанной с проведением постоянной электрокардиостимуляции в режиме VVI.

В настоящее время показания к имплантации постоянных ЭКС регламентируются приказом МЗ РФ N 293 от 07.10.98. (положения которого полностью совпадают с международными рекомендациями), в котором практически не учитывается необходимость назначения препаратов с отрицательным хронотропным действием и замедлением синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости больным с брадиаритмиями в связи с сопутствующей кардиальной патологией – кроме приобретенной атриовентрикулярной блокады третьей степени с эктопическими ритмами. Во всех остальных случаях при отсутствии жизнеугрожающих нарушений проведения и/или синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса имплантация постоянных ЭКС считается непоказанной. Единственные исключения составляют больные с синдромом тахикардии-брадикардии, нуждающиеся в назначении антиаритмической терапии. В то же время современные представления о прогностическом значении бета-адреноблокаторов при кардиальной патологии расширились за счет больных с застойной сердечной недостаточностью, развившейся на фоне дилатационной кардиомиопатии и постинфарктного кардиосклероза. С 1999 года применение бета-адреноблокаторов вошло в международные рекомендации по лечению больных с застойной сердечной недостаточностью I-III класса по NYHA.

В настоящей статье мы показываем повышение эффективности терапии стенокардии и застойной сердечной недостаточности за счет назначения адекватных доз бета-адреноблокаторов у больных, которым постоянный ЭКС был имплантирован по поводу синдрома тахикардии-брадикардии. В анализируемую группу вошли 53 больных (28 мужчин, 25 женщин в возрасте от 42 до 78 лет) со стенокардией – II-IV ф.кл. и/или СН II-III кл. по NYHA. Длительность наблюдения составила от 1 до 7 лет. Характеристика синдрома тахикардии-брадикардии представлена в таблице 1, сопутствующей патологии (стенокардии и сердечной недостаточности) – в таблице 2.

Электрокардиостимуляция проводилась в режиме VVI - 35 больным, DDD - 16 больным, AAI - 2 больным. Все больные получали антиаритмическую терапию, которая включала бета-адреноблокатор у 51 больного. Антиаритмическая терапия представлена в таблице 3, дозы бета-адреноблокаторов и антиаритмиков в таблице 4.

Таблица 1.

**Характеристика синдрома тахикардии-брадикардии
(по данным суточного мониторирования ЭКГ)**

Тахикардия	Брадикардия
Пароксизмальная мерцательная аритмия – 53 чел. В том числе в сочетании с: • пароксизмальной наджелудочковой тахикардией - 2 чел. • с неустойчивой желудочковой тахикардией - 3 чел.	Дисфункция синусового узла – 53 чел. В том числе в сочетании с: • атриовентрикулярной блокадой I ст. - 18 чел. • атриовентрикулярной блокадой II ст. - 5 чел.
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия - 2 чел.	

Таблица 2.

Характеристика сопутствующей патологии

Стенокардия	Застойная сердечная недостаточность (по классификации NYHA)
II ф. класс - 27 чел. III ф. класс - 21 чел. IV ф. класс - 3 чел. Бессимптомная ишемия (постинфарктная) - 2 чел.	I-II класс - 32 чел. II-III класс - 9 чел.

Таблица 3.

Антиаритмическая терапия

Бета-адреноблокатор (в том числе соталол)	51 чел.(17 чел.)
В сочетании с • кордароном • хинидином или дизапиридом • дигоксином	• 21 чел. • 8 чел. • 7 чел.
Верапамил	2 чел.

На фоне проводимой антиаритмической терапии полное предотвращение нарушений сердечного ритма было достигнуто только у 9 человек (17%), у 44 человек (83%) пароксизмы аритмии существенно уредились и стали менее продолжительными; в то же время тахисистолия при пароксизмах мерцания/трепетания предсердий устранялась у 100% больных. Антиангинальный эффект был расценен как хороший у 21 человека (40%), т.е. у этих больных было достигнуто исчезновение стенокардии или снижение ее функционального класса; у 32 человек (60%) отмечалось улучшение в рамках прежнего функционального класса. Ни у одного больного, получавшего бетаадреноблокатор с момента имплантации ЭКС, не отмечалось даже кратковременного появления или усугубления клинических признаков систолической дисфункции левого желудочка, а также снижения фракции выброса по данным ЭХОКГ. У 5 больных из 18, не получавших бета-адреноблокатор в течение первых 6 – 18 месяцев после начала проведения электрокардиостимуляции в режиме VVI, отмечалось усугубление сердечной недостаточности, по видимому связанное с имплантацией ЭКС. У 3 из этих 5 больных после назначения бета-адреноблокатора клинические проявления сердечной недостаточности регрессировали. У 8 пациентов с сердечной недостаточностью II-III класса из 9, наблюдавшихся более 6 месяцев, отмечалась регрессия сердечной недостаточности до уровня I-II класса.

Таблица 4.

Суточные дозы бета-адреноблокаторов и антиаритмиков

Бета-адреноблокатор	Антиаритмические препараты
Атенолол - 25-200 мг	Хинидин - 400-800 мг
Метопролол - 25-200 мг	Кордарон - 200 мг
Пропранолол - 80-120 мг	Дигоксин - 0,125-0,25 мг
Бисопролол - 2,5 мг	Верапамил - 120-240 мг
Соталол - 160-320 мг	

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что показания к имплантации постоянных ЭКС у больных с синдромом слабости синусового узла без синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса должны быть расширены за счет группы больных со стенокардией и/или застойной сердечной недостаточностью, нуждающихся в назначении бета-адреноблокаторов, чье положительное влияние на прогноз и качество жизни у этих больных в настоящее время является доказанным.

**EXPEDIENCY OF EXPANSION OF THE INDICATIONS
TO CONSTANT ELECTROCARDIOSTIMULATION AT SYNDROM
OF WEAKNESS SINUSAL OF UNIT AT THE PATIENTS WITH STENOCARDIA
AND - OR BY STAGNANT INTIMATE INSUFFICIENCY IN CONNECTION
WITH NECESSITY OF THERAPY BETA-ADRENOBLOCKER**

V.U.BARANOVITCH

Department of Hospital Surgery RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st8. Medical faculty

E.A.CIRKINA, M.A POPOV, A.B.CUZNETSOV

Department of cardiology SRC I.M.SECHINEV'S MMA.

In clause the expediency of expansion of the indications to constant electrocardiostimulation at the patients with syndrome of weakness sinuses of unit requiring for adequate therapy beta-adrenoblocker concerning stenocardia or stagnant intimate insufficiency is considered. The group of 53 patients is analyzed which constant ECS was implantation concerning syndrome tachycardia-bradycardia. At all these patients it was marked stenocardia II-IV f.kl. Or asymptomatic postmyocardial infarction ischemia. At 41 patients the stagnant intimate insufficiency I-III of a class on NYHA was marked also. As a result of connection of adequate dozes beta-adrenoblocker to spent before therapy was received good antialgesic effect from 40 % of the patients stenocardia, satisfactory at 60 %. At 8 patients from 9 with intimate insufficiency II-III kl. On NYHA the regress of intimate insufficiency up to a level I-II f. kl. was marked. The preventive effect beta-adrenoblocker is shown concerning development of intimate insufficiency connected to realization constant electrocardiostimulation in a mode VVI.