

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ МЕРЦАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Котляров А.А., Александрова Т.С., Грибанов А.Н., Карякина Т.Н.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, кафедра госпитальной терапии медицинского факультета, Саранск

Мерцание предсердий (МП) является одной из наиболее частых форм нарушений сердечного ритма [1]. Как известно, МП может не только снижать качество жизни, но и влиять на прогноз, особенно у пациентов с органическими заболеваниями сердца [4, 5]. Наибольшие затруднения возникают при лечении персистирующей формы МП, что объясняется как недостаточной эффективностью кардиоверсии (КВ), так и сложностями, возникающими при подборе противоритмической терапии [2, 3].

Цель исследования — изучить влияние эмоксипина и рибоксина на результаты кардиоверсии (КВ) при персистирующем мерцании предсердий.

Материал и методы

Обследованы 3 группы пациентов. Первую группу составили 30 пациентов, получавших стандартную терапию. Вторую — 25 пациентов, которым, наряду с базисной терапией, вводили эмоксипин по 50 мг/сут внутривенно. Третья группа — 20 пациентов, которым назначали рибоксин по 200 мг/сут внутривенно. Стандартная терапия мерцания предсердий включала препараты для контроля частоты желудочковых сокращений (бета-адреноблокаторы—77 %, амиодарон—23 %, комбинацию бета-адреноблокатор + амиодарон — 17 %) и профилактики тромбоза предсердий (варфарин) [5].

Программа обследования:

- оценка качества жизни при помощи опросников: SF 36, ACS и Миннесотского Университета (в первые сутки нарушения ритма (ретроспективно) и через 5 суток после КВ);

- проведение теста 6-минутной ходьбы (при поступлении в стационар и через 5 суток после КВ);

- определение уровня холестерина и триглицеридов (при поступлении в стационар и через 5 суток после КВ);

- ЭхоКГ (на фоне МП и через 5 суток после КВ);

- ЭКГ и ХМ ЭКГ (в первые сутки после КВ).

По ЭКГ оценивали длительность PQ, QT и QRS,

дисперсию QT, по ХМ ЭКГ — ЧССmin и ЧССmax, количество желудочковых (Ж) и наджелудочковых (НЖ) нарушений ритма сердца, по ЭхоКГ — конечный диастолический и систолический размеры (КДР и КСР), фракцию выброса (ФВ), размеры левого предсердия (ЛП). Сравнивали изменения параметров до и после КВ.

Результаты

У 27 пациентов (90 %) 1-й группы фоновым заболеванием были сердечно-сосудистые (ССЗ), из них у 11 больных (37 %) выявлена стенокардия напряжения II-III ФК, у 16 (53 %) — артериальная гипертензия (АГ). У 3-х пациентов (10 %) этиологический фактор не установлен. Во 2-й группе пароксизм МП развился на фоне ССЗ у 23 пациентов (92 %), из них у 4 (16 %) выявлена стенокардия напряжения II-III ФК, у 11 (44 %) — ГБ. Идиопатический характер МП установлен у 2-х пациентов (8 %). В 3-й группе пароксизм МП развился на фоне ССЗ у 20 пациентов (100 %), из них у 8 (40 %) выявлена стенокардия напряжения II-III ФК, у 9 (45 %) — АГ.

Мерцание предсердий представляет для больных опасность тромбоэмболических осложнений, риск которых довольно высок, и негативное влияние аритмии на сердечную гемодинамику. Поэтому необходимо восстановление синусового ритма. Распространенными относительными противопоказаниями для купирования МП являются возраст больных и длительность МП [4, 5]. Мы проанализировали данные показатели в обследуемых группах. Средний возраст больных в трех группах — 52 ± 2 года. Давность МП в 1-й группе составила 64 ± 11 дней, во 2-й группе — 50 ± 6 дней, в 3-й группе — 137 ± 51 дней (табл. 1).

Приведенные результаты показывают, что по возрастному фактору и давности МП обследованные пациенты не имели противопоказаний для восстановления синусового ритма.

Таблица 1

Характеристика групп больных

	Число больных в группах	Мужчины	Женщины	Давность аритмии (дни)	Средний возраст (годы)
1 группа	30	19 (63 %)	11 (37 %)	64 ± 11	52 ± 2
2 группа	25	23 (92 %)	2 (8 %)	50 ± 6	52 ± 2
3 группа	20	13 (65 %)	7 (35 %)	137 ± 51	52 ± 2

Таблица 2

Эффективность проводимой кардиоверсии в исследуемых группах

Кардиоверсия	МКВ		ЭКВ	
	Да	Нет	Да	Нет
1 группа	58 %	42 %	83 %	17 %
2 группа	91 %	9 %	72 %	28 %
3 группа	40 %	60 %	95 %	5 %

Существует два способа восстановления синусового ритма при персистирующем МП – фармакологический и при помощи электроимпульсной терапии [2,3]. В 1-й группе 18 больным (60 %) проводили электрическую кардиоверсию (ЭКВ), у 12 пациентов (40 %) для купирования МП использовали хинидин в средней дозе $1,3 \pm 0,1$ г/сут. Эффективность ЭКВ составила 83 %, а медикаментозной кардиоверсии (МКВ) – 58 %. У 6 больных синусовый ритм не восстановился. Рецидив МП развился у 12 пациентов (40 %) в среднем через 86 ± 31 дней. Во 2-й группе 14 пациентам (56 %) проводили ЭКВ, 11 пациентам (44 %) – МКВ. Эффективность ЭКВ составила 72 %, МКВ – 91 %. У 3-х больных ритм не восстановился. Рецидив МП во 2-й группе развился у 1 пациента (4 %) в среднем через 180 дней. В 3-й группе 7 пациентам (35 %) проводили ЭКВ, 13 (65 %) – МКВ. Эффективность ЭКВ составила 95 %, МКВ – 40 %. У 5 больных (25 %) ритм не восстановился. Рецидив МП развился у 2-х пациентов (10 %) через 26 дней (табл. 2).

До начала и после окончания лечения у всех пациентов была проведена оценка уровня качества жизни (КЖ) с использованием опросника “SF-36 Health Status Survey”. Опросник SF-36 состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 означает полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: физическое и психическое благополучие. При оценке качества жизни во 2-й группе физический компонент здоровья (ФКЗ) увеличился на 7 % ($p=0,01$), психологический компонент здоровья (ПКЗ) увеличился на 9 % ($p=0,03$). В 3-й группе ФКЗ увеличился на 7 % ($p=0,004$), ПКЗ – на 5 % ($p=0,2$).

При анкетировании пациентов с помощью опросника ACS у пациентов 3-й группы до лечения личностная оценка своего состояния ($8,75 \pm 0,9$ баллов)

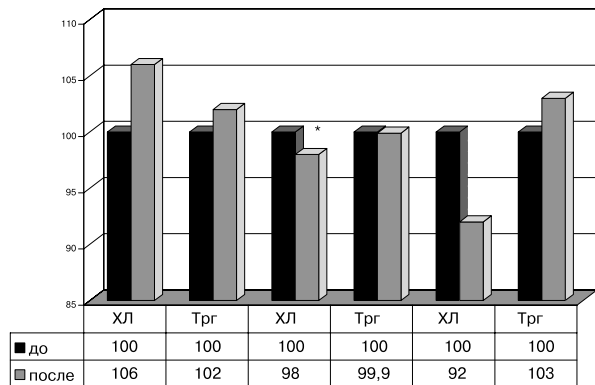


Рис. 1. Биохимические показатели крови до и после лечения метаболитами.

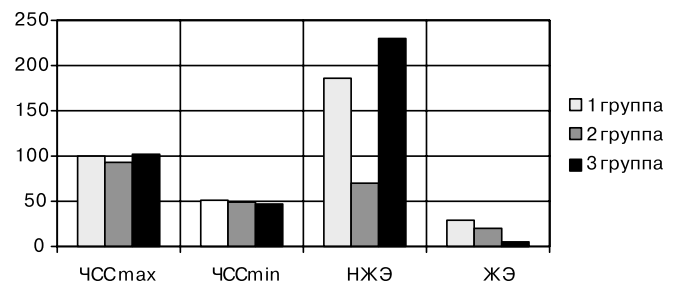


Рис. 2. Данные холтеровского мониторирования ЭКГ.

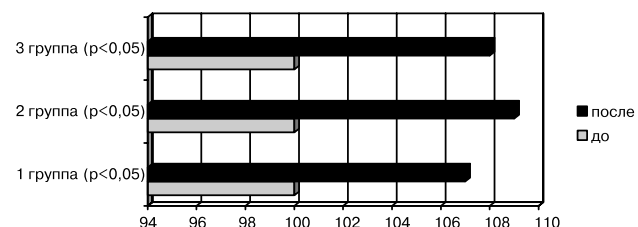


Рис. 3. Фракция выброса до и после кардиоверсии.

Таблица 3

Данные теста с 6-минутной ходьбой в исследуемых группах

	Расстояние, пройденное пациентами, м		
	1 группа	2 группа	3 группа
До лечения	320 $\pm$ 17	302 $\pm$ 12	294 $\pm$ 13
После лечения	349 $\pm$ 16	401 $\pm$ 9*	362 $\pm$ 13*

Примечание: * – отличие от исходных значений достоверно при $p<0,05$.

Таблица 4

Показатели ЭКГ в исследуемых группах

ЭКГ	1 группа	2 группа	3 группа
QT	0,42±0,01с	0,42±0,008с	0,44±0,01с
Дисперсия QT	0,43±0,03с	0,43±0,02с	0,45±0,04с
PQ	0,17±0,007с	0,18±0,006с	0,18±0,008с
QRS	0,082±0,001с	0,087±0,003с	0,083±0,008с

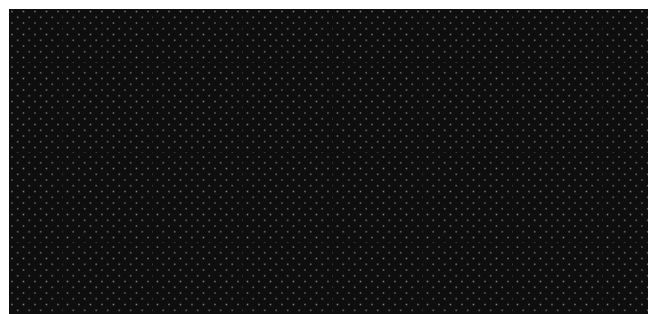


Рис. 4. КДР до и после кардиоверсии.

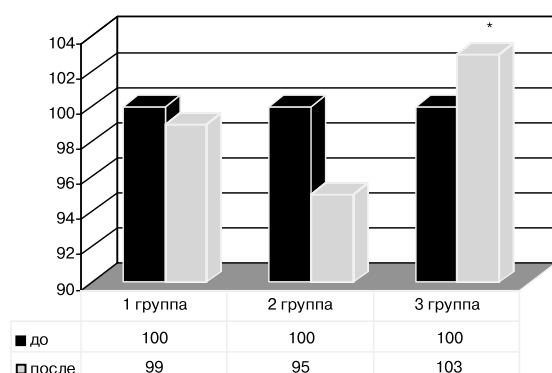
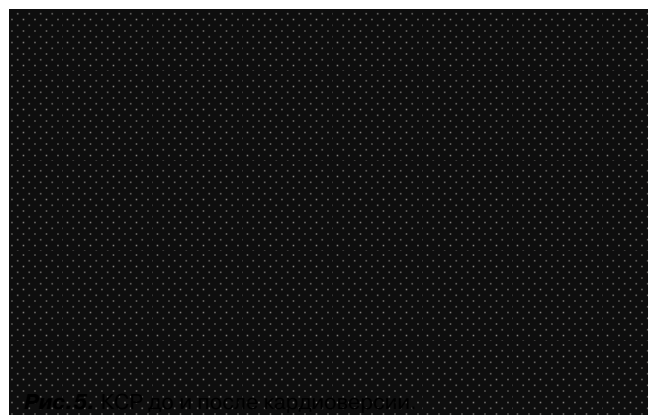


Рис. 6. Размеры ЛП до и после кардиоверсии.

была гораздо ниже, чем сумма баллов, характеризующая общее состояние здоровья ($11 \pm 0,86$ баллов, $p < 0,05$). На фоне лечения с включением в схему рибоксина как личностная, так и общая, и самооценка самочувствия увеличились и составили соответственно $11 \pm 0,55$ и $13,25 \pm 0,33$ баллов, $p < 0,05$.

Исследование качества жизни с помощью опросника Миннесотского Университета показало, что

во 2-й группе до лечения качество жизни соответствовало $41,2 \pm 8$ баллам, а после лечения — 34 ± 8 баллам ($p < 0,05$).

Таким образом, включение в схему лечения больных с МП метаболических средств — эмоксипина (50 мг/сут) и рибоксина (200 мг/сут) оказывает позитивное влияние на физические и психологические компоненты здоровья пациентов, что подтверждается их самооценкой.

При проведении теста 6-минутной ходьбы получены следующие результаты. В 1-й группе расстояния, пройденные пациентами до лечения, составили от 150 м до 500 м (в среднем — 320 ± 17 м), после лечения — от 200 м до 505 м (349 ± 16 м); во 2-й группе: до лечения — от 180 м до 420 м (302 ± 12 м), после лечения — от 300 м до 460 м (401 ± 9 м, $p < 0,05$); в 3-й группе: до лечения — от 180 м до 420 м (294 ± 13 м), после лечения — от 230 м до 500 м (362 ± 13 м, $p < 0,05$) (табл. 3).

Приведенные в табл. 3 данные показывают, что на фоне метаболической терапии достоверно увеличивается расстояние, проходимое пациентами за 6 минут. Только восстановление синусового ритма не сопровождается достоверным увеличением переносимости физической нагрузки у пациентов на фоне базисной терапии.

Биохимический анализ крови дал следующие результаты: у больных 1-й группы уровень общего холестерина (ОХ) увеличился на 6 % ($p = 0,4$), триглицеридов (ТГ) — на 2 % ($p = 0,8$); во 2-й группе ОХ уменьшился на 2 % ($p = 0,002$), ТГ уменьшились на 0,1 % ($p = 0,97$); в 3-й группе ОХ уменьшился на 8 % ($p = 0,1$), ТГ увеличились на 3 % ($p = 0,8$). Во 2-й группе на фоне лечения эмоксипином достоверно снизился ОХ, что не имело места в 1-й и 3-й группах (рис. 1).

Результаты ХМ ЭКГ после КВ показали, что в 1-й группе ЧСС max — 100 ± 4 в/мин, ЧСС min — 51 ± 1 в/мин; одиночные НЖ экстрасистолы (Э) — 186 ± 172 за сутки, ЖЭ — 29 ± 20 за сутки. У 3-х пациентов зафиксирован период асистолии — 1,4; 1,5 и 1,8 секунд; у 2-х больных — депрессия сегмента ST; у 1-го — короткие пароксизмы антидромной тахикардии с ЧЖС 200 в минуту и у 2-х — пароксизмы (НЖ) тахикардии с ЧСС 130 в минуту; у 1 больного — пароксизмы МП с ЧЖС 160 в минуту. Данные ХМ ЭКГ во 2-й группе: ЧСС max — 93 ± 7 в/мин, ЧСС min — 49 ± 1 в/мин; одиночные НЖЭ — 70 ± 44 за сутки, ЖЭ — 20 ± 13 за сутки. У 1 больного — короткие пароксизмы НЖ тахикардии с ЧСС max 150 в минуту, у 2-х боль-

ных зафиксирован период асистолии — 1,6; 1,7. По данным ХМ ЭКГ, в 3-й группе: ЧСС max — 102 ± 11 в / мин, ЧСС min — 47 ± 2 в / мин; одиночные НЖЭ — 230 ± 276 за сутки, ЖЭ — 5 ± 695 за сутки. У 3-х больных зафиксированы короткие пароксизмы НЖ тахикардии с ЧСС max 136 в минуту (рис. 2).

По результатам ЭКГ исследования достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено (табл.4).

Данные ЭхоКГ по 1-й группе: ЛП уменьшилось на 1 % ($p=0,8$), КДР уменьшился на 3 % ($p=0,03$), КСР уменьшился на 6 % ($p=0,0045$), ФВ увеличилась на 8 % ($p=0,001$; рис. 3–6).

Данные ЭхоКГ по 2-й группе: ЛП уменьшилось на 5 % ($p=0,002$), КДР уменьшился на 3 % ($p=0,03$), КСР уменьшился на 6 % ($p=0,006$), ФВ увеличилась на 9 % ($p=0,001$; рис. 3–6).

Данные ЭхоКГ в 3-й группе: ЛП увеличилось на 3 % ($p=0,15$), КДР уменьшился на 4 % ($p=0,005$), КСР уменьшился на 8 % ($p=0,0002$), ФВ увеличилась на 8 % ($p=0,0008$; рис. 3–6).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что включение в схему лечения больных с персистирующим мерцанием предсердий метаболических препаратов позво-

ляет повысить не только показатели, характеризующие качество жизни пациентов (ПКЗ, ФКЗ, личностная и общая самооценка самочувствия), но и улучшить параметры, отражающие прогноз заболевания (КДР, ФВ, количество ЖЭ).

Выводы

1. Применение эмоксипина (50 мг/сут) и рибоксина (200 мг/сут) в комбинации с базисным лечением оказывает позитивное влияние на физические и психологические компоненты здоровья, увеличивается личностная и общая самооценка самочувствия, улучшается качество жизни.

2. Курсовая терапия эмоксипином (50 мг/сут) и рибоксином (200 мг/сут) улучшает параметры гемодинамики после кардиоверсии (уменьшается размер ЛП, КДР и КСР и увеличивается фракция выброса левого желудочка).

3. Применение эмоксипина (50 мг/сут) в течение 10 дней приводит к уменьшению уровня общего холестерина в плазме крови на 2 % по сравнению с исходными значениями.

4. На фоне метаболической терапии достоверно увеличивается расстояние, проходимое пациентами за 6 минут.

Литература

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005. — 228 с.
2. Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш. Фибрилляция предсердий: новый подход к интервенционному и хирургическому лечению // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. — 2006. — Т.1, № 3. — С. 40–46.
3. Канорский С.Г., Кручинова О.А., Зингилевский К.Б. Преимущества восстановления и поддержания синусового ритма у больных среднего возраста с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. — 2006. — № 9. — С. 31–35.
4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Киктев В.Г. и др. Инсульт и другие тромбоэмболические осложнения при мерцании предсердий. Часть II. Профилактика с помощью варфарина // Кардиология. — 2004. — № 5. — С. 87–99.
5. ACC/AHA/ESC guidelines for management of patients with atrial fibrillation // Eur.Heart J. — 2001. — N.22. — P.1852–1923.

Поступила 28/02-2008