

Сравнительная оценка эффективности различных форм изоптина при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

Кошумбаева К.М., Мадалиев К.Н., Ким В.Б., Беркимбаева А.Н., Аубакирова Г.А., Садуакасова Г.А., Исмаилова Ш.М., Омарова А.К.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы

Пароксизмалды суправентрикулярлы тахикардияга әртүрлі сипаттағы изоптинның саластырмалы тиімділігін бағалау.

Көшімбаева К.М., Мадалиев К.Н., Ким В.Б., Беркімбаева Э.Н., Әубакирова Г.А., Садуакасова Г.А., Исмаилова Ш.М., Омарова А.К.

Авторлармен пароксизмалды суправентрикулярлық тахикардияга изоптинның қысқа әсерлі және ұзақ әсерлі (ретардты) түрлерінің ұзақ емдеу мерзімінде тиімділігін саластырмалы түрде бағалау жүргізілген.

Препараттың қысқа және ретардты түрлерінің жогареги тиімділігі анықталды.

Алдын алуда ең тиімді ПАВУРТ-да байқалды.

Ұзақ мерзімді емдеу түргасынан алғанда тұрақты антиаритмиялық тиімділік ретардты изоптин тобына қараданда қысқа әсерлі изоптин қабылдаган сырқаттарда сақталыны анықталды.

Лечение пароксизмальных наджелудочковых тахикардий (ПНЖКТ) до настоящего времени остается актуальной проблемой практической кардиологии (1).

Сравнительно недавно в РК внедрена закрытая катетерная радиочастотная абляция нарушений ритма сердца, в том числе ПНЖКТ, тем не менее в подавляющем большинстве случаев для предупреждения развития приступов тахикардий применяется медикаментозная терапия (2,3). С целью профилактики некоторых видов ПНЖКТ достаточно широко назначается короткодействующая форма изоптина (40-80 мг). В последние годы для лечения больных ИБС и артериальной гипертонией используется пролонгированная форма этого препарата- изоптин-ретард (1 таблетка содержит 240 мг действующего вещества) (4). Представляет интерес изучение возможностей изоптина-ретард при ПНЖКТ в сравнении с короткодействующей формой препарата.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности и переносимости короткодействующей и пролонгированной форм изоптина у больных с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией.

Материал и методы исследования

В исследование включен 71 больной в возрасте от 16 до 73 лет, которые были разделены на 2 группы. 1 группу составили 40 пациентов, вторую 31. У 29 лиц 1 группы были различные заболевания сердца (ИБС- у 11, артериальная гипертония – у 4, постмиокардитический кардиосклероз- у 14), у 3 причину аритмии установить не удалось, поэтому у них нарушение ритма сердца расценено как идиопатическое. Во второй группе ИБС диагностирована у 17 человек (в том числе в сочетании с артериальной гипертонией у 10), артериальная гипертония (без сопутствующей патологии) – у 5 и постмиокардитический кардиосклероз – у 9.

Ведущими жалобами пациентов были внезапно возникавшие эпизоды сердцебиения, одышка при физической нагрузке, быстрая утомляемость, боли в области сердца. Частота пароксизмов варьировала от 3-4 раз в сутки до 1

Comparative Assessment Of Different Forms Of Isoptin Efficacy In Paroxysmal Supraventricular Tachycardia

Koshumbayeva K.M., Madaliev K.N., Kim V.B., Berkimbayeva A.N., Aubakirova G.A., Saduakasova G.A., Omarova A.K.

The comparative study of the short-effected and prolonged isoptin during of long-term therapy in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia was carried out by the authors.

It was revealed the high efficacy and good tolerability of both the short-effected and retard isoptin. Most considerable preventive effect is observed under of paroxysmal a-v nodal reciprocal tachycardia. More numerous of the patients have stable antiarrhythmic effect during of the long-term therapy by the short-effected isoptin comparably with isoptin-retard.

раза в месяц.

Для изучения функционального состояния проводящей системы, провоцирования и диагностики формы тахикардии, а также для оценки антиаритмического эффекта препаратов использовали метод чреспищеводной электростимуляции сердца (ЧПЭС) (5).

Первичное обследование выполняли в контрольном периоде, предварительно отменив все кардиотропные средства. После воспроизведения устойчивого пароксизма регистрировали ЭКГ, пищеводную электрограмму и на основе известных диагностических критериев определяли конкретную форму ПНЖКТ (6). У 20 пациентов 1 группы выявлена пароксизмальная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия (ПАВУРТ), у остальных 20- пароксизмальная ортодромная реципрокная тахикардия (ПОРТ) при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ). Во 2 группе у 21 больного установлена ПАВУРТ, у 10- ПОРТ.

Исследуемым 1 группы назначался короткодействующий изоптин, пациенты 2 группы принимали изоптин-ретард.

Короткое курсовое лечение (ККЛ) продолжалось в течение 5-14 суток. Суточная доза изоптина колебалась от 240 до 480 мг (в среднем- $299,4 \pm 14,4$ мг), изоптина-ретард - от 120 до 480 мг (в среднем – $256,4 \pm 18,2$ мг). В последний день ККЛ повторяли ЧПЭС. Критерием эффективности препарата считали прекращение спонтанных приступов и невозможность провоцирования устойчивого пароксизма тахикардии. По результатам ККЛ отбирались больные для длительного наблюдения (3 месяца и более).

Статистическую обработку материала проводили методом парной и непарной t- статистик с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Анализ данных короткой курсовой терапии показал высокую эффективность изоптина-ретард в предупреждении приступов наджелудочковой тахикардии - у 27 (87%) больных пароксизмы полностью прекратились. Наиболее вы-

Журнал НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

Таблица 1. Изменения электрофизиологических показателей при ККЛ препаратами ($M \pm m$)

Показатели	Исходные данные	Изоптин	Исходные данные	Изоптин-ретард
ЧСС, уд/мин	75,4±2,6	73,3±2,1	70,8±1,6	66,6±1,4*
P-Q, мс	143,0±5,0	165,7±7,1***	152,0±6,9	163,8±7,5
QRS, мс	89,0±2,6	97,0±3,6**	98,4±3,7	96,9±3,7
Q-T корр., мс	428,9±4,8	434,9±6,7	444,3±5,6	436,4±4,7
ВВФСУ, мс	1067,3±51,6	1087,7±36,5	1108,3±35,2	1138,3±28,9
КВВФСУ, мс	297,7±46,2	263,2±19,5	265,5±26,8	232,8±37,0
Точка Венкебаха, имп/мин	171,3±4,2	135,7±7,1***	172,7±6,1	154,1±5,8**
ЭРП а-в, мс	280,4±9,9	363,9±16,2***	290,9±11,2	313,6±9,0

Примечания: достоверность различия показателей с исходными данными
 * - $p < 0,02$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ЧСС- частота сердечных сокращений;
 ВВФСУ- время восстановления функции синусового узла; КВВФСУ-
 корректированное время восстановления функции синусового узла; ЭРП а-в-
 эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного узла.

раженное профилактическое действие препарат оказывал при ПАВУРТ (95,2%), при ПОРТ антиаритмический эффект его был несколько ниже (70%). Суточная доза ретардной формы изоптина 120 мг была эффективной у 9 лиц, 240 мг - у 14, 360 мг - у 3 и 480 мг – у 1.

Антиаритмическое действие изоптина в ходе ККЛ в группе, в целом, отмечен в 77,5% случаев (у 31 из 40). При ПАВУРТ профилактический эффект короткодействующей формы препарата достигал 90% т.е. у 18 из 20 пациентов он предупреждал возникновение приступов тахикардии, тогда как у больных с ПОРТ при синдроме ВПУ эффективность его была заметно ниже- 65% (у 13 из 20).

Динамика электрофизиологических показателей отражена в таблице 1, из которой видно, что в группах, в среднем, патологических изменений при ККЛ не произошло.

Учитывая, что основными показаниями к назначению изоптина-ретард являются артериальная гипертония и ИБС, нами оценены его антиангинальный и антигипертензивные эффекты. У 64,7% (у 11 из 17 лиц с ИБС) больных отмечалось урежение приступов стенокардии напряжения, улучшение переносимости физических нагрузок. Уже в первые дни приема препарата наблюдалось достоверное снижение систолического (со 141,2±4,5 до 123,5±3,1 мм. рт. ст.), диастолического (с 85,4±2,5 до 77,7±1,3 мм. рт. ст.) и среднего (со 104,0±3,0 до 92,9±1,7 мм. рт. ст.) артериального давления ($p < 0,01$), которое, в дальнейшем, в течение всего периода наблюдения, оставалось на достигнутом уровне, причем у всех лиц с исходно повышенными цифрами АД произошла стабильная его нормализация.

Длительный прием препаратов продолжили 28 и 22 пациента 1 и 2 групп соответственно. В ходе длительной терапии (ДТ) короткодействующим изоптином антиаритмический эффект, достигнутый при ККЛ, сохранялся у 82%

исследуемых. Во второй группе (изоптин-ретард) приступы а-в тахикардии не возникали при ДТ у 8 (36,4%) из 22 лиц, но следует отметить, что у остальных 14- число пароксизмов существенно уменьшилось с 14,8±5,5 до 1,2±0,5 в месяц ($p < 0,001$), однако, по принятым нами жестким критериям оценки эффективности даже такой результат лечения считали как отрицательный.

Обе формы изоптина характеризовались хорошей переносимостью, побочных реакций, требующих отмены препаратов, не было. В условиях ККЛ в 1 группе нежелательные эффекты появились только у 5 (12,5%) больных (у 2- миграция водителя ритма сердца, у 3- а-в блокада I степени в пределах допустимых значений). На фоне ДТ дальнейшего усугубления указанных изменений не было, что позволило продолжить прием изоптина. Во 2 группе лишь у 5 (16,1%) пациентов

отмечалась склонность к запорам, которая регулировалась соответствующей диетой.

Таким образом, результаты исследования показали высокую эффективность как короткодействующей, так и ретардной форм изоптина в предупреждении пароксизмов наджелудочковой тахикардии. Наиболее выраженный профилактический эффект препаратов наблюдается при ПАВУРТ. Стабильное прекращение пароксизмов, достигнутое при ККЛ короткодействующим изоптином, сохраняется практически у всех больных и при длительном его приеме. Несмотря на значительное урежение числа приступов аритмии у большинства пациентов в ходе ДТ изоптином-ретард, полное их отсутствие наблюдается у 36,4% лиц. Удобная схема применения (1 раз в сутки), антиангинальный и антигипертензивный эффекты ретардной формы изоптина позволяют нам рекомендовать его, прежде всего, для профилактики ПНЖТ у больных артериальной гипертонией и ИБС.

Литература

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И., Лечение нарушений сердечного ритма. М: Медпрактика-М 2005; 240.
2. Дощцин В.Л. Купирование и предупреждение пароксимальных аритмий сердца. Рус мед журнал 2003; 19: 1083-1088.
3. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. Ст-Петербург: Фолиант 1998
4. Виноградов В.М., Гембцикай Е.В., Мухин Е.А., Фролов С.Ф. Фармакология Л 1985
5. Яворский А.Д., Римша Э.Д., Зубрин Ю.В. Чреспищеводная электрокардиостимуляция в диагностике и лечении нарушений ритма сердечной деятельности. Информационное письмо №7. М 1987; 42
6. Сметнев А.С., Диагностика и лечение нарушений ритма сердца. Кишинев 1990; 325.