

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛАПИНИНА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ НАРУШЕНИИ РИТМА СЕРДЦА

А. Котляров¹, доктор медицинских наук,
Т. Карякина², кандидат медицинских наук,
Л. Смирнова¹, кандидат медицинских наук
¹МИФИ, медицинский факультет, Обнинск
²МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск
E-mail: kaa97@rambler.ru

Приводится опыт применения лаптаконитина гидробромид (Аллапинина) при пароксизмальной фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, лаптаконитина гидробромид, Аллапинин.

Приводим 2 клинических примера применения Аллапинина при пароксизмальной фибрилляции предсердий (ФП).

Пациентка А., 59 лет, поступила в отделение нарушения ритма и проводимости сердца с жалобами на приступы учащенного неритмичного сердцебиения до нескольких раз в неделю, перебои в работе сердца, давящие боли в области сердца при быстрой ходьбе, головные боли, головокружение, отеки ног к вечеру, одышку при физической нагрузке, слабость, повышение АД до 210/120 мм рт.ст. («рабочее» АД – 120/80 мм рт.ст.).

Из анамнеза и амбулаторной карты известно, что АД повышается с 35 лет. В течение 14 лет беспокоят перебои в работе сердца, пароксизмы ФП, сопровождающиеся болями в сердце ишемического характера. 5 лет назад диагностирована тромбоземболия мелких ветвей легочной артерии, развившаяся на фоне тромбоземболии вен голени.

Неоднократно лечилась в стационаре. При холтеровском мониторинге (ХМ) ЭКГ в 2012 г. зафиксировано много эпизодов ФП (до 41% времени мониторинга) с паузами продолжительностью от 2 до 3 с после спонтанного восстановления синусового ритма. В течение последних 2 лет амбулаторно регулярно принимала эналаприл+гидрохлоротиазид (Энап Н), кишечнорастворимую форму ацетилсалициловой кислоты (ТромбоАСС). Варфарин больная не получает, так как на фоне приема 6 таблеток международного нормализованного отношения (МНО) не менялось. По поводу пароксизмов ФП регулярного лечения не проводилось, для купирования пароксизмов использовала соталол (Сотагексал) или метопролол. Констатируется ухудшение состояния больной в течение месяца, участились пароксизмы ФП, усилилась одышка, снизилась толерантность к физической нагрузке.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота

сердечных сокращений (ЧСС) – 50 в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – у края правой реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Результаты обследования. Общий анализ крови: Нв – 121 г/л, л. – $3,3 \cdot 10^9$ /л: с. – 45,1%, лимф. – 42,8%, мон. – 7,4%, э. – 3,4%, б. – 1,3%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1016 г/л, белок – отр., л. – 1–2 в поле зрения, эпителий – 0–2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 24,9 Ед/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 21,3 Ед/л, мочевины – 6,44 ммоль/л, креатинин – 67,35 мкмоль/л, глюкоза – 6,12 ммоль/л, общий холестерин – 7,89 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности – 1,6 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 2,62 ммоль/л, билирубин общий – 16,95 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,71 мкмоль/л, билирубин непрямо́й – 14,2 мкмоль/л, триглицериды – 2,03 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 54 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС).

ЭхоКГ: аорта – 3,2 см, уплотнение стенок аорты и створок митрального клапана (МК); максимальное раскрытие аортального клапана – 1,9 см; левое предсердие (ЛП) – 4 см; правый желудочек (ПЖ) – 3 см; межжелудочковая перегородка (МЖП) – 2,2 см; задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) – 1,1 см; конечный диастолический размер ЛЖ (КДРЛЖ) – 5,4 см; конечный систолический размер ЛЖ (КСРЛЖ) – 3,2 см; фракция выброса (ФВ) – 71%; нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено. Допплерография: трансмитральный доплеровский поток (ТМДП), пик А>Е; митральная регургитация (МР) I степени; трикуспидальная регургитация (ТР) II степени; легочная регургитация I степени; систолическое давление в легочной артерии – 28 мм рт.ст. Заключение: уплотнение стенок аорты, створок МК, МР I степени, небольшая дилатация ЛП, небольшая легочная гипертензия.

ХМ ЭКГ при поступлении: основной ритм – синусовый: ЧСС_{max} – 115 в минуту, ЧСС_{min} – 36 в минуту, средняя ЧСС за 1 сут – 54 в минуту. Выявлены 7 пароксизмов ФП в ночные часы общей продолжительностью 4 ч 29 с, 51 одиночная наджелудочковая экстрасистола (НЖЭС). Максимальный интервал R–R после спонтанного купирования пароксизма ФП – 2,2 с. Интервалы P–Q и Q–T – в пределах нормы. Ишемического смещения сегмента ST не выявлено.

Клинический диагноз: ИБС; пароксизмы фибрилляции, трепетания предсердий, наджелудочковая экстрасистолия, гипертоническая болезнь I степени III стадии, 4-й риск; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIIА стадии III функционального класса (ФК).

Назначено лечение: фозиноприл (Фозикард), АСК (Кардиомагнил), аторвастатин (Торвакард), раствор натрия хлорида 0,9% (200 мл) + раствор калия хлорида 3% (40 мл) + раствор магния сульфата 25% (10 мл) внутривенно капельно. С антиаритмической целью к лечению добавлен Аллапинин (лаптаконитина гидробромид) по 25 мг 3 раза в день.

На фоне лечения самочувствие улучшилось, приступы учащенного сердцебиения не беспокоят.

ХМ ЭКГ через 10 дней лечения. Основной ритм — синусовый с ЧСС_{max} 125 в минуту, ЧСС_{min} — 48 в минуту, средняя ЧСС за 1 сут — 60 в минуту. Выявлено 11 одиночных НЖЭС. Интервалы P—Q и Q—T — в пределах нормы. Ишемического смещения сегмента ST не выявлено.

Пациентка выписана для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Рекомендован постоянный прием фозикарда по 5 мг 2 раза в день (утром, вечером), Аллапинина — по 25 мг 3 раза в день, Торвакарда — по 20 мг вечером, прадаксы — по 150 мг 2 раза в день.

Использование Аллапинина у данной пациентки позволило не только достичь полного антиаритмического эффекта в отношении рецидивирующей ФП, но и оказало нормализующее действие на функцию синусового узла в виде увеличения максимальной и минимальной ЧСС.

Пациентка К., 62 лет, обратилась с жалобами на приступы учащенного неритмичного сердцебиения, длящиеся до 1,5 ч, возобновляющиеся несколько раз в день, перебои в работе сердца, давящие боли за грудиной и одышка при физической нагрузке, головную боль, головокружение, шум в голове, боли в тазобедренных и голеностопных суставах, наличие отеков ног к вечеру.

По данным анамнеза и амбулаторной карты, повышение АД регистрируется около 10 лет, максимальные цифры — 180/100 мм рт. ст. при «рабочем» АД 130/80 мм рт.ст. 6 лет назад начали беспокоить приступы учащенного сердцебиения. Была обследована в отделении нарушения ритма и проводимости сердца; поставлен диагноз: синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта, пароксизмы ортодромной наджелудочковой тахикардии (НЖТ). 4 года назад прооперирована в Центре сердечно-сосудистой хирургии им. Н.И. Пирогова. В течение года приступы сердцебиения не возобновлялись, затем вновь стали беспокоить. При обследовании 3 года назад зафиксированы пароксизмы фибрилляции и трепетания предсердий. Тогда же появились боли в области сердца ишемического характера и одышка во время приступов сердцебиения и при физической нагрузке. Приступы сердцебиения имели тенденцию к учащению, в течение года рецидивируют непрерывно. Последние 3 года принимает амиодарон (Кордарон), валсартан (Валз), в течение 1 года — варфарин. 1 мес назад была проведена смена антиаритмической терапии: назначен Аллапинин в дозе 12,5 мг 3 раза в день, приступы стали беспокоить реже. Госпитализирована для коррекции лечения.

Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 70 в минуту, АД — 170/100 мм рт. ст. Шумы в сердце не выслушиваются. Пастозность голеней и стоп.

Результаты обследования. Общий анализ крови: Hb — 126 г/л, СОЭ — 25 мм/ч, л. — 6,1 • 10⁹/л, с. — 60%, лимф. — 34%, мон. — 6%.

Общий анализ мочи: цвет — желтая, прозрачная, реакция кислая, удельный вес — 1010 г/л, белок — отр., л. — 0—1 в поле зрения, эпителий — 0—2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: сахар крови — 5,9 ммоль/л, общий холестерин — 8,8 ммоль/л, АЛТ —

35,2 Ед/л, АСТ — 48,3 Ед/л, мочевина — 5,6 ммоль/л, креатинин — 84 мкмоль/л, протромбиновый индекс — 98, фибриноген — 3000 мг/л, МНО — 1,0.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту, резкое отклонение ЭОС влево, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, изменения миокарда в виде двухфазного зубца T в V₂₋₄, слабоотрицательного зубца T в V₅₋₆, депрессии сегмента ST в отведениях I, aVL, небольшой элевации сегмента ST в отведениях III, aVF.

Консультация офтальмолога: миопия слабой степени.

ЭхоКГ: аорта — 3,2 см; максимальное раскрытие аортального клапана — 1,9 см; ЛП — 3,6 см; ПЖ — 2,7 см; МЖП — 2,0 см (в базальном и среднем отделе); ЗСЛЖ — 1,3 см; КДРЛЖ — 3,8 см; КСРЛЖ — 2,3 см; ФВ — 69%. Нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено. Допплерография: ТМДП, ник А>Е; митральная регургитация 0—I степени; градиент давления P_{Gmax} в выносящем тракте ЛЖ — 6 мм рт. ст.

Заключение: значительная асимметричная гипертрофия стенок ЛЖ с локализацией максимального гипертрофированного участка в базальном и среднем отделах МЖП без обструкции выносящего тракта ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ по I типу. Камеры сердца не расширены.

ХМ ЭКГ на фоне приема Аллапинина по 12,5 мг 3 раза в день. На протяжении исследования регистрировался синусовый ритм с ЧСС_{max} 124 в минуту, ЧСС_{min} — 44 в минуту, средняя дневная ЧСС — 75 в минуту, средняя ночная ЧСС — 58 в минуту, средняя ЧСС за 1 сут — 69 в минуту. Максимальная продолжительность постэкстрасистолической паузы R—R — 1,37 с. Вариабельность ритма резко снижена.

Выявлены: 1 эпизод НЖТ общей продолжительностью 4 с с ЧСС_{max} 124 в минуту; 3 эпизода ФП с частотой желудочковых сокращений 78—124 в минуту суммарной продолжительностью 42 мин; одиночные НЖЭС: 38 днем и 25 ночью, из них 35 aberrantных; 2 эпизода групповых экстрасистол (пробежки из 4); 35 пар НЖЭС + желудочковых экстрасистол (ЖЭС), максимальное число за 1 ч — 13; частые одиночные ЖЭС (199 днем и 22 ночью), из них 36 — вставочные, максимальное число за 1 ч — 39. В отведениях V₂, V₃, aVF периодически отмечались изменение конечной части желудочкового комплекса в виде отрицательного и двухфазного зубца T и косонисходящей депрессии сегмента ST в отведении V₃, постоянная элевация сегмента ST в отведении aVF, максимальная (до 1,2 мм) при ЧСС 71 в минуту.

Клинический диагноз: ИБС; стенокардия напряжения III ФК; нарушение ритма по типу непрерывно-рецидивирующей ФП; состояние после радиочастотной абляции дополнительных путей проведения в 2010 г.; гипертоническая болезнь II степени, III стадии, риск 4-й, ХСН IА стадии, II ФК.

Назначено лечение: эналаприл по 5 мг 2 раза в день, увеличена доза Аллапинина до 25 мг 3 раза в день, добавлен соталол (Сотагексал) по 40 мг 2 раза в день, поларизирующая смесь.

На фоне лечения самочувствие пациентки улучшилось, приступы учащенного сердцебиения не беспокоят, возросла толерантность к физической нагрузке, уменьшилась одышка.

ЗАО «Фармцентр ВИЛАР» Здоровье в гармонии с природой®



Реклама

БЕЛЛАТАМИНАЛ® седативное средство № P N001203/01

www.bellataminal.ru

Обладает альфа -
адреноблокирующим,
M- холиноблокирующим и
успокаивающим свойствами

- вегетососудистая дистония
- бессонница, повышенная раздражительность
- психомоторное возбуждение
- эмоциональная неустойчивость, связанная с половым созреванием, климактерическим периодом
- нейродермит и другие дерматозы (в комплексной терапии)



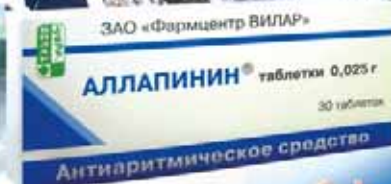
ЗАО «Фармцентр ВИЛАР», 117216, Москва, ул. Грина дом 7. Тел. (495) 388-47-00

АЛЛАПИНИН® ритм жизни № P N000405/02

www.allapinin.ru

Антиаритмическое средство 1С класса
рекомендовано при отсутствии
органических поражений сердца

- Пароксизмальная и персистирующая формы мерцательной аритмии
- Желудочковая экстрасистолия
- Мономорфные желудочковые тахикардии непрерывно рецидивирующие и пароксизмальные
- Монофокусные предсердные тахикардии, пароксизмальная реципрокная АВ-узловая тахикардия, реципрокные ортодромные тахикардии



ХМ ЭКГ через 7 дней лечения. На протяжении исследования регистрировался синусовый ритм с ЧСС_{max} 126 в минуту, ЧСС_{min} – 43 в минуту, средняя дневная ЧСС – 70 в минуту, средняя ночная ЧСС – 50 в минуту, средняя ЧСС за 1 сут – 66 в минуту; выявлены 12 одиночных НЖЭС, ЖЭС не зафиксированы; интервалы P–Q и Q–T – в пределах нормы.

Пациентка выписана для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Рекомендован постоянный прием сотагексала по 40 мг 2 раза в день, Аллапинина – по 25 мг 3 раза в день, валсартана – по 40 мг мг утром и вечером, симвастатина – по 20 мг вечером, гидрохлоротиазида – по 12,5 мг утром, варфарина – по 2,5 мг вечером.

В данном случае на фоне применения Аллапинина достигнут хороший противоритмический эффект при комбинированном нарушении ритма сердца. Применение препарата позволило предотвратить рецидивы ФП и ЖЭС, число НЖЭС уменьшилось в 5 раз.

EXPERIENCE WITH ALLAPININE IN COMBINED CARDIAC ARRHYTHMIA

A. Kotlyarov¹, MD; T. Karyakina², Candidate of Medical Sciences

¹Medical Faculty, Moscow Engineering and Physical Institute, Obninsk

²N.P. Ogarev Mordovian State University, Saransk

The paper gives the experience with lappaconitine hydrobromide (Allapinine) for the treatment of paroxysmal atrial fibrillation.

Key words: atrial fibrillation, lappaconitine hydrobromide, Allapinine.