

Ю.В.Шубик, М.М.Медведев, А.Е.Ривин, З.М.Соловьева

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА НИБЕНТАНОМ У БОЛЬНОГО С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ НЕОДНОКРАТНЫХ БЕЗУСПЕШНЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ КАРДИОВЕРСИЙ

Северо-западный центр диагностики и лечения аритмий, кафедра кардиологии СПбГМА им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург

Приводится клиническое наблюдение восстановления синусового ритма отечественным антиаритмическим III класса нибентаном у больного 27 лет с персистирующей фибрилляцией предсердий резистентной к неоднократным электрическим кардиоверсиям.

Ключевые слова: персистирующая фибрилляция предсердий, синусовый ритм, нибентан, электрическая кардиоверсия, варфарин, международное нормализованное отношение

The clinical case is presented of the sinus node recovery with a Russia-invented III-class antiarrhythmic, Nibentan, in a 27-year-old male patient with persistent atrial fibrillation resistant to repeated electrical cardioversions.

Key words: persistent atrial fibrillation, sinus rhythm, Nibentan, electrical cardioversion, Warfarin, international normalized ratio

Восстановление синусового ритма (СР) при персистирующей фибрилляции предсердий (ФП), т.е. ФП продолжительностью более 7 суток, довольно часто является непростой задачей. При этом вероятность восстановления СР обратно пропорциональна длительности ФП: чем она более продолжительна, тем меньше эффективность кардиоверсии [1]. Вместе с тем, в соответствии с рекомендациями АНА/ACC/ESC [2] нередко восстановление СР показано пациентам с ФП продолжительностью несколько месяцев и даже более года.

Очевидно, что при персистирующей ФП чаще всего используется электрическая кардиоверсия, позволяющая восстановить СР у 70-90% пациентов [1]. В то же время эффективность некоторых антиаритмических препаратов III класса (амиодарон, дофетилид, ибутилид) также можно признать достаточно высокой [3-8]. В их ряду одно из первых (если не первое) мест занимает отечественный блокатор калиевых каналов нибентан (9-11). По нашим данным его эффективность сравнима с эффективностью электрической кардиоверсии. В качестве иллюстрации хотелось бы привести клиническое наблюдение, в котором пациенту с персистирующей ФП использовались как электрическая, так и фармакологическая кардиоверсии.

Больной С., 27 лет, переведен в Северо-Западный центр диагностики и лечения аритмий из другого специализированного кардиологического учреждения. Из анамнеза известно, что в 1998 г. прооперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки. Более ничем, кроме простудных заболеваний и детских инфекций (эпидемический паротит, корь), не болел. Вредных привычек (со слов) нет. Обратился к участковому врачу в начале января 2004 г. в связи с тем, что в течение 1 месяца беспокоили слабость, повышенная утомляемость, перебои в работе

сердца и сердцебиение при физических нагрузках, которых ранее никогда не было. Участковым врачом была впервые зарегистрирована ЭКГ, на которой выявлена тахисистолическая ФП. Далее пациент был направлен на обследование в специализированный кардиологический стационар. Проведенное обследование, включающее клинический и биохимический анализы крови, эхо-

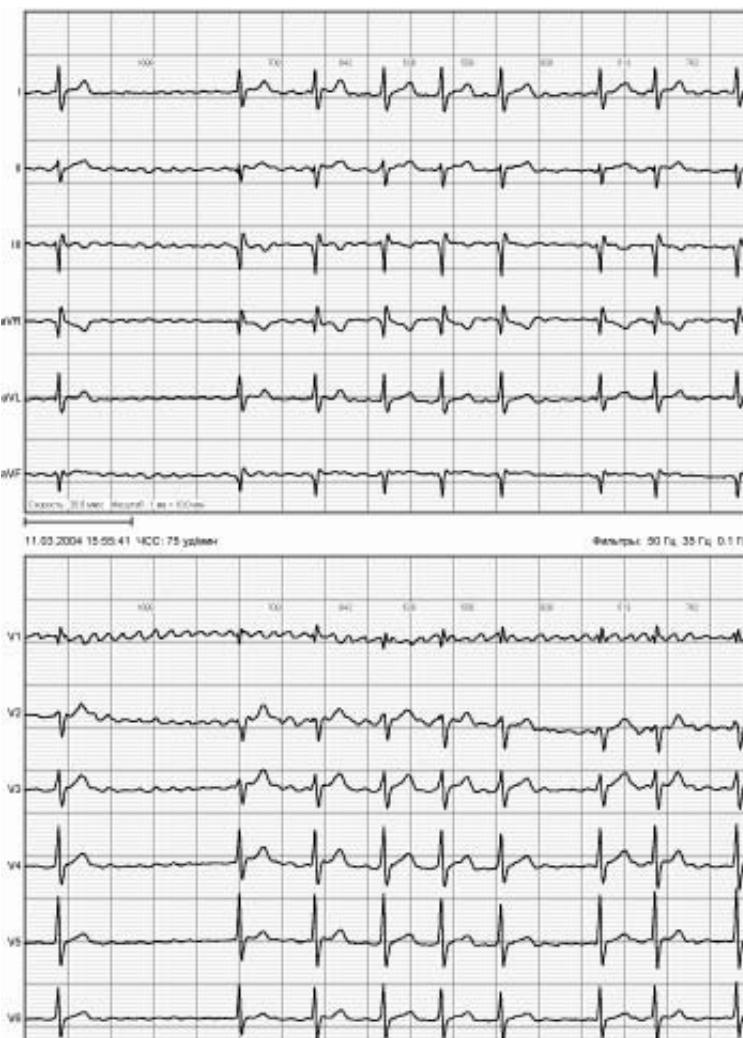


Рис. 1. Исходная ЭКГ больного С., 27 лет. Объяснения в тексте.

кардиографию, суточное мониторирование ЭКГ не выявили структурных изменений сердца, других заболеваний сердечно-сосудистой системы. Больному был назначен метопролол 50 мг/сут и варфарин, который он получал под контролем международного нормализованного отношения (МНО) (около 2,0) в суточной дозе 3,75 мг. Через 3 недели была предпринята попытка электрической кардиоверсии (последовательно 200, 300 и 400 Дж), которая успеха не имела, у пациента сохранялась ФП. Больной был направлен в Северо-Западный центр диагностики и лечения аритмий с диагнозом «Идиопатическая ФП неизвестной давности» для определения лечебной тактики.

При поступлении на ЭКГ регистрировалась нормосистолическая ФП с частотой сердечных сокращений 83 уд/мин (рис. 1). МНО составляло 2,0. В связи с тем, что у пациента без структурных изменений сердца впервые была выявлена ФП, было принято решение о целесообразности фармакологической кардиоверсии (Класс IIa показаний в соответствии с рекомендациями АНА/ACC/ESC «Фармакологическая или электрическая кардиоверсия для ускорения восстановления СР у пациентов с впервые выявленной ФП»).

Для фармакологической кардиоверсии использовался 1% раствор нибентана в ампулах по 2,0 мл. В условиях палаты интенсивной терапии под постоянным контролем электрокардиосигнала с помощью инфузионного насоса после предварительного введения 50,0 мл аспарагината калия и магния была начата инфузия нибентана в дозе 20 мг на 20,0 мл физиологического раствора. После введения 9,0 мл раствора (0,102 мг/кг) СР был восстановлен, ФП сменилась синусовой брадикардией

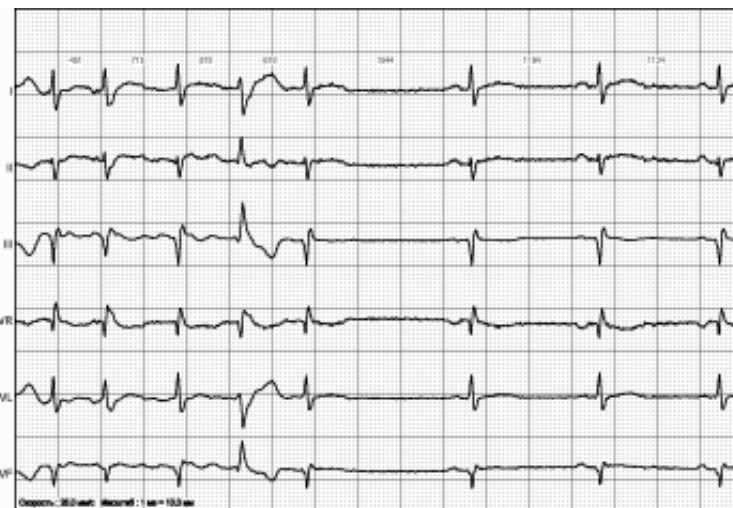


Рис. 2. Восстановление синусового ритма при введении нибентана больному С., 27 лет. Объяснения в тексте.

54 в 1 мин (рис. 2). При этом продолжительность QT-интервала увеличилась с исходных 420 мс до 480 мс. Мониторирование ЭКГ в палате интенсивной терапии продолжалось последующие 10 часов. Отмечалось постепенное уменьшение QT-интервала до исходного, регистрировались редкие предсердные экстрасистолы. Желудочковой эктопической активности не было.

На следующий день пациент был выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства с рекомендациями принимать бисопролол в суточной дозе 1,25 мг, а также варфарин в течение последующих 4-х недель. Было рекомендовано повторное суточное мониторирование ЭКГ через 1 месяц.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует то, что при персистирующей ФП (в данном случае - не менее 2-х месяцев) фармакологическая кардиоверсия может оказаться более эффективной, чем электрическая.

ЛИТЕРАТУРА

- Mittal S., Ayati S., Stein K.S. et al. Transthoracic cardioversion of atrial fibrillation: comparison of rectilinear biphasic versus damped sine wave monophasic shocks. // Circulation.-2000.-V.21, N101 (11).-P.1282-1287.
- ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. // JACC.-2001.-V.38, N 4. P. 1266I-1266LXX.
- Kerin N.Z., Fattel K., Naini M. The efficacy of intravenous amiodarone for the conversion of chronic atrial fibrillation. Amiodarone versus quinidine for conversion of atrial fibrillation. // Arch. Intern. Med.-1996.-V.8, N156 (1).-P.49-53.
- Galperin J., Elizari M.V., Chiale P.A. et al. Pharmacologic reversion of persistent atrial fibrillation with amiodarone predicts long-term sinus rhythm maintenance. // J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.-2003.-V.8, N3.-P.179-186.
- Kochiadakis G.E., Igoumenidis N.E., Parthenakis F.I. et al. Amiodarone versus propafenone for conversion of chronic atrial fibrillation: results of a randomized, controlled study. // JACC.-1999.-V.15, N33 (4).-P.966-971.
- Falk R.H., Pollak A., Singh S.N., Friedrich T. Intravenous dofetilide, a class III antiarrhythmic agent, for the termination of sustained atrial fibrillation and flutter. Intravenous Dofetilide Investigators. // JACC.-1997.-V.29, N2.-P.385-390.
- Norgaard B.L., Wachtell K., Christensen P.D. et al. Efficacy and safety of intravenously administered dofetilide in acute termination of atrial fibrillation and flutter: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Danish Dofetilide in Atrial Fibrillation and Flutter Study Group. // Am. Heart J.-1999.-V.137, N6.-P.1062-1069.
- Gowda R.M., Punukollu G., Khan I.A. et al. Ibutilide for pharmacological cardioversion in atrial fibrillation and flutter: impact of race on efficacy and safety. // Am. J. Ther.-2003.-V.10, N4.-P.259-263.
- М.Я.Руда, И.Н.Меркулова, А.Э.Тарарак и др. Клиническое изучение нибентана - нового антиаритмического препарата III класса. Сообщение 2. Эффективность препарата у больных с суправентрикулярными нарушениями ритма. // Кардиология, 1996.-N 6.-С.28-35.
- Сулимов В.А., Гиляров М.Ю. Применение нового отечественного антиаритмического препарата III класса нибентана для устранения пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. // Российский кардиологический журнал, 2002.- N 6.-Т 38.-С.49-55.
- С.В.Попов, Г.А.Аубакирова, И.В.Антонченко и др. Эффективность антиаритмического препарата III класса нибентана у больных с фибрилляцией предсердий. // Вестник Аритмологии.-2003.-N31.С.10-14.