

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ

А.В. Ардашев<sup>1</sup>, О.А. Козырев<sup>2</sup>, С.К. Зубков<sup>2</sup>, И.А. Литвинова<sup>2</sup>,  
А.В. Шпаков<sup>2</sup>

Институт повышения квалификации ФМБА России  
Смоленский государственный медицинский университет». Смоленск

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, антиаритмическая терапия, радиочастотная абляция.

**Резюме.** В данной статье показан случай медикаментозной и радиочастотной терапии наджелудочковых тахикардий. Больной Н., 45 лет, в 2013 году обратился за медицинской помощью в связи с ощущением перебоев в работе сердца; тогда же зарегистрирована тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Применение антиаритмических препаратов (амиодарон, b-блокаторы) и электрической кардиоверсии восстанавливало синусовый ритм на несколько месяцев с последующим возникновением пароксизмов фибрилляции и трепетания предсердий. Пациенту было рекомендовано выполнение электрофизиологического исследования и радиочастотной абляции. В ходе первой абляции проводилось воздействие на субстраты трепетания в правом предсердии, однако произошло возникновение пароксизма фибрилляции предсердий, который был купирован в ходе второй операции. Рецидив пароксизмов наджелудочковых аритмий возник уже через месяц после повторного вмешательства; использование новых антиаритмических препаратов (этацизин, пропafenон) не привело к постоянному контролю ритма. Окончательное восстановление синусового ритма произошло только после третьей процедуры радиочастотной абляции.

**Summary.** In this article the case of medical and radiofrequency treatment of supraventricular tachyarrhythmias is shown. Patient N, 45 years old, in 2013 asked for medical care due to interruptions in the heart work; there was tachysystolic form of atrial fibrillation. Using drugs (amiodarone, b-blockers) and electrical cardioversion were resulted in restoring sinoatrial rhythm for few months with following paroxysms of atrial fibrillation and flutter. The patient was recommended for radiofrequency ablation. During the first one the substrate of atrial flutter was ablated but atrial fibrillation was renewed. It was removed during the second one. Relapse of the paroxysms was appeared in one month. Using new drugs (etacisin, propafenon) gave brief effect. Final recovery of normal rhythm happened after third radiofrequency ablation only.

**Keywords:** atrial fibrillation, atrial flutter, antiarrhythmic therapy, radiofrequency ablation.

**Актуальность.** Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением сердечного ритма. Ее частота в общей популяции составляет 1-2% [1, 2]. Трепетание предсердий (ТП) встречается гораздо реже – 0,088%. Однако сочетание ФП и ТП наблюдается у 25-35% больных [2]. Для длительного контроля частоты сердечных сокращений и ритма сердца при пароксизмальных формах данных аритмий могут быть использованы антиаритмическая терапия (ААТ) и радиочастотная абляция (РЧА) [1]. Сказанное подтверждает следующий клинический случай.

Пациент Н., 45 лет, в апреле 2013 года впервые ощутил перебои в работе сердца, резкую слабость. Из анамнеза заболевания: при плановом

осмотре в 2005 г. была выявлена артериальная гипертензия 2 степени, наследственная дислипидемия IIb типа, стабильная стенокардия 2 функциональный класс. По поводу данных заболеваний нерегулярно принимал небиволол 2,5 мг, аторвастатин 20 мг. Из вредных привычек отмечал курение около 1 пачки в день в течение 10 лет, прием крепкого алкоголя (водка, коньяк) 200-300 мл до 5-6 раз в месяц. Состояние пациента оставалось стабильным вплоть до апреля 2013, когда появились указанные выше жалобы. Самостоятельно обратился в ОГБУЗ «КБСМП» г. Смоленска. По данным физикального обследования: пульс 102 уд/мин, ЧСС 132 уд/мин, АД 150/90 мм рт. ст., приглушенность и аритмичность сердечных тонов, жесткое везикулярное дыхание в легких; исследование других органов и систем – без особенностей. В биохимическом анализе крови: общий холестерин (ОХС) 7,2 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) 4,5 ммоль/л, липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП) 1,7 ммоль/л, остальные показатели в пределах нормы. На ЭКГ – ФП с частотой желудочковых сокращений 120-180 уд/мин. Таким образом, был впервые зарегистрирован пароксизм тахисистолической формы ФП. В качестве антиаритмической терапии получал метопролола сукцинат 25 мг внутрь, амиодарон 600 мг и дигоксин 0,25 мг внутривенно капельно. Синусовый ритм был восстановлен; больной выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по приему метопролола сукцината 25 мг, аторвастатина 20 мг и эналаприла 10 мг. Пациент периодически пропускал прием назначенных препаратов при хорошем самочувствии.

В декабре 2013 у пациента внезапно возникли учащенное сердцебиение, слабость, потливость. При обращении за медицинской помощью: на ЭКГ – правильная форма трепетания предсердий с проведением 2:1 и частотой желудочковых сокращений 120 уд/мин. Сохранялась дислипидемия (ОХС 6,8 ммоль/л, ЛПНП 4,3 ммоль/л); дополнительно исследовались уровни гормонов щитовидной железы и гипофиза (Т3, Т4, ТТГ) – в пределах нормы. Антиаритмическая терапия (амиодарон 450 мг внутривенно капельно с переходом на прием 200 мг 2 р/сут внутрь, бисопролол 5 мг) эффекта не дала; синусовый ритм удалось восстановить путем электрической кардиоверсии разрядом 200 Дж. В качестве поддерживающей терапии были назначены бисопролол 2,5 мг, амиодарон 200 мг, телмисартан 80 мг, аторвастатин 40 мг. Однако уже через месяц пациент вновь ощутил подобную симптоматику.

В связи с кратковременностью эффекта антиаритмической терапии, сохранением клиники пациент был консультирован аритмологом и направлен на оперативное лечение в отделение рентгено-хирургических методов диагностики и лечения нарушений ритма сердца Федерального медико-биологического агентства (ФМБА). В феврале 2014 г. выполнена РЧА ТП. В ходе выполнения операции субстрат аритмии в нижнем перешейке правого предсердия ликвидирован, однако произошло возникновение крупноволновой формы ФП, ЭКВ дала лишь кратковременный эффект.

Пациент выписан с диагнозом пароксизмальной формы ФП и рекомендациями по приему варфарина до последующего проведения повторной РЧА. В апреле 2014 г. выполнена РЧА ФП, субстрат которой локализовался между верхними легочными венами. Синусовый ритм был восстановлен, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В последующем – неоднократные сбои ритма (апрель, июнь, сентябрь 2014), с кратковременным эффектом от антиаритмической (амиодарон, бисопролол, этацизин, пропafenон) и электроимпульсной терапии; дислипидемия сохранялась. По данным суточного холтеровского мониторирования ЭКГ (июль 2014) были зарегистрированы продолжительные эпизоды фибрилляции и трепетания предсердий общей продолжительностью 8 часов. Пациент повторно осмотрен аритмологом, направлен на оперативное лечение в ФМБА. В сентябре 2014 выполнена РЧА атипичного ТП (воздействия в области свода и основания левого предсердия, митрального истмуса, между легочными венами). Восстановлен синусовый ритм, пациент был выписан с рекомендациями по приему соталола 240 мг и аллапинина 75 мг. В настоящее время уровень липидов крови нормализован; на фоне приема соталола 80 мг отмечается длительное сохранение нормального ритма сердца, что подтверждено неоднократными процедурами холтеровского мониторирования ЭКГ.

**Выводы.** По данным литературы, ФП поддается медикаментозной коррекции лишь в 52% случаев [1]. Эффективность же РЧА при пароксизмальной и персистирующей формах ФП колеблется от 60 до 95% [3]. Поэтому при недостаточном контроле ритма с помощью ААТ показано малоинвазивное хирургическое вмешательство – РЧА субстрата аритмии [1].

**Заключение.** Как показывает описанный случай, недостаточная приверженность лечению, наличие дислипидемии, артериальной гипертензии, ИБС привели к развитию рецидивирующих форм ФП и ТП, трудно поддающихся контролю с помощью лекарственных средств. Непродолжительный эффект от РЧА может быть связан с возникновением множественных субстратов из-за сочетания двух видов аритмий. В конечном итоге, комбинированное действие множественной ААТ и повторных РЧА привело к восстановлению и длительному сохранению синусового ритма у данного пациента.

#### Литература

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК и ВНОА, 2011 г. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – Приложение к № 7(4), 2011. – с 6-58.
2. Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации / Г.К. Киякбаев; под ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 125-159.
3. А.В. Ардашев, Е.Г. Желяков, Е.А. Долгушина и др. Радиочастотная катетерная абляция хронической формы фибрилляции предсердий методом изоляции легочных вен и анатомической модификации субстрата аритмии // Кардиология - № 12, 2008 – с. 41-48.