

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЇ АРИТМІЇ

Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В., Перемот С.Д.,
Бакуменко М.Г., Книженко І.Б., Качанова О.О., Шаповалова О.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня», м. Харків, Україна

Вступ. Екстрасистолічна аритмія відноситься до найбільш часто виникаючих порушень серцевого ритму: вона складає до 48% серед всіх порушень серцевого ритму. На основі даних чисельних досліджень з використанням тривалої моніторної реєстрації ЕКГ встановлено, що екстрасистолії (ЕС) виникають як у хворих, так і у здорових людей. При цьому у здорових осіб в більшості випадків реєструються поодинокі ЕС, рідше виявляються поліморфні шлуночкові екстрасистоли (ШЕС) і ще рідше – групові ШЕС. Що стосується загальної популяції, даний показник становить близько 0,7% і збільшується з віком, рівномірно розподіляючи між обома статями. Середній вік пацієнтів з цим станом – 56 років.

Мета дослідження – визначити оптимальний вибір препарату для фармакотерапії екстрасистолічної аритмії залежно від типу ЕС та конкретної клінічної ситуації.

Матеріали та методи. Проведення аналізу рекомендацій та результатів досліджень, наведених у вітчизняній та іноземній літературі за останні 5 років.

Результати. Питання фармакотерапії екстрасистолічної аритмії вирішуються після визначення етіології та оцінки стану хворого, після уточнення локалізації, частоти, передчасності ЕС, наявності та характеру постекстрасистолічних феноменів. Одинокі ЕС, не викликані кардіальною патологією, лікування не вимагають. Якщо розвиток ЕС обумовлен захворюваннями травної, ендокринної систем, серцевого м'язу, лікування починають з основного захворювання.

Лікування ЕС складається з немедикаментозної терапії та застосування антиаритмічних засобів. Немедикаментозна терапія передбачає відмову від куріння, вживання алкоголю, міцної кави; обов'язкове вживання продуктів, які містять калій; утримання від підйому тяжкості, силових тренувань; корекція сну, для якої можна використовувати малі дози фенезапама, клонозепаму. При ЕС нейрогенного походження рекомендується консультація невролога, снодійні та седативні засоби: настойка пустирника, настій меліси, настоянку півонії. Якщо ЕС викликані лікарськими засобами, то необхідно скасувати їх прийом.

Фармакотерапія надшлуночкової ЕС (НЕС) показана, якщо у пацієнта наявні суб'єктивні скарги та кардіальна патологія, є високий ризик розвитку фібриляції шлуночків, добова кількість ЕС >1000. Вибір препарату

залежить від клінічної ситуації. У пацієнтів без патології серця з функціональними НЕС починати фармакотерапію необхідно з половинних добових доз бета-адреноблокаторів або антагоністів кальцію, поступово збільшуючи їх. За відсутності ефекту застосовують антиаритмічні препарати (ААП) I класу (пропафенон, аллапінін, хінідин починаючи з половинних доз або ААП III класу (аміодарон, соталол). У пацієнтів з патологією серця без дилатації лівого передсердя фармакотерапію проводять великими дозами бета-блокаторів, антагоністів кальцію, ААП в поєднанні з іншими кардіологічними препаратами (триметазидін, магнію оротат, інозин, калію аспарагінат + магнію аспарагін). Після 2-3 тижнів прийому препарату можна знижувати дозування аж до повного скасування. У пацієнтів з патологією серця, дилатацією лівого передсердя більше 4 см та загрозою розвитку фібриляції передсердь фармакотерапію можна починати з аміодарону, соталолу, пропафенону, а також використовувати інгібітори АПФ і триметазидин.

Фармакотерапія ШЕС: якщо ШЕС < 1000/добу спостерігається у пацієнтів без патології серця і не відчувається ними, то необхідно рекомендувати обмеження в споживанні кави, алкоголю, куріння, переїдання. Якщо ШЕС розвилась у осіб без патології серця, але вона турбує їх, то фармакотерапію розпочинають з бета-адреноблокаторів особливо за наявності: ІХС, АГ, синусової тахікардії: пропранолол, метопролол, атенолол, бетаксол, бісопролол, невібол, есмолол. Також можна застосовувати антагоністи кальцію: верапаміл, ділтіазем. У разі поєднання ШЕС з синусовою брадикардією препаратом вибору може бути аллапінін. В інших випадках застосовують ААП I класу в наступній послідовності: пропафенон, етmozин, етацизин. При недостатній ефективності β -адреноблокаторів і ААП I класу призначають аміодарон. Альтернативним засобом лікування хворих із ШЕС на фоні ІХС є соталол – ААП III класу з β -блокуючими властивостями.

Тривалість фармакотерапії. При зменшенні частоти або зникненні ЕС, зафіксованому протягом 2-х місяців, можливе поступове зниження дози ліків та їх повна відміна. В інших випадках лікування екстрасистоїї протікає тривало (кілька місяців), а при злоякісній шлуночкової формі антиаритмічні засоби приймаються довічно.

Висновки. Найбільш ефективними препаратами для фармакотерапії НЕС і ШЕС у пацієнтів без патології серця є бета-адреноблокатори або антагоністи кальцію, а за відсутності ефекту – антиаритмічні препарати (ААП) I класу, а пацієнтам з патологією серця необхідно додавати інші кардіологічні препарати. Альтернативними засобами фармакотерапії ШЕС у хворих з ІХС є ААП III класу.