

УДК 616.12-008.318.4:616.33-002.44

Толкачев Игорь Михайлович, кандидат

медицинских наук

Ассистент кафедры факультетской терапии и

эндокринологии

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский

университет» МЗ России

г.Оренбург

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Аннотация. Проведен сравнительный анализ желудочковой экстрасистолии у больных, страдающих язвенной болезнью желудка в отсутствие какого-либо атеросклеротического поражения сердца. Полученные результаты показали, что при наличии желудочковой экстрасистолии изначально отмечается низкое качество жизни этих больных, экстрасистолия возникает у них преимущественно в ночное время суток и отличается склонностью возникновения на фоне брадикардии. При этом эффективным препаратом выбора для её купирования в период обострения при явной субъективной непереносимости аритмии, возникновения частых политопных экстрасистол и отсутствия эффекта от беллатаминала и эуфиллина в таблетках, в данной ситуации может быть аллапенин, учитывая его как антиаритмическое, так и бета-адреностимулирующее действие. Оценка динамики таких показателей как количество экстрасистол после лечения по данным ЭКГ-мониторирования и качества жизни этой группы больных показало большую эффективность аллапенина в сравнении с этацизином.

Ключевые слова: желудочковая экстрасистолия, аллапенин, язвенная болезнь желудка

**Tolkachev Igor Mikhailovich, candidate of medical
Sciences
Assistant of the Department of faculty therapy and
endocrinology
FSBEI "Orenburg state medical University" Ministry of
health of Russia
Orenburg**

VENTRICULAR EXTRASYSTOLE IN PATIENTS WITH CHRONIC PEPTIC ULCER DISEASE

Annotation. A comparative analysis of ventricular extrasystole in patients suffering from gastric ulcer in the absence of any atherosclerotic heart disease. The obtained results showed that in the presence of ventricular extrasystole, initially there is a low quality of life of these patients, extrasystole occurs mainly at night and is prone to occur against the background of bradycardia. Effective drug of choice for edema in acute with obvious subjective intolerance of the arrhythmia, the occurrence of frequent extrasystoles polytopes and the lack of effect of bellataminalum and aminophylline tablets, in this situation can be allapinin, considering it as anti-arrhythmic and beta given action. Assessment of the dynamics of such indicators as the number of extrasystoles after treatment according to ECG monitoring and the quality of life of this group of patients demonstrated the effectiveness of allapinin in comparison with etatsizina.

Key words: ventricular premature beats, allapinin, peptic ulcer

Согласно эпидемиологическим данным экстрасистолия, являющаяся одним из самых распространенных нарушений ритма, может обнаруживаться как при патологии, так и у лиц, считающихся практически здоровыми (Кушаковский М.С., Журавлева Н.Б.,1981). Одной из экстракардиальных причин возникновения этого нарушения ритма может быть поражение желудочно-кишечного тракта, например, хронической язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, отличающейся длительно

не заживающими, часто рецидивирующими язвами не смотря на казалось бы оптимальное терапевтическое лечение. Хотя в виду иннервации вагусом преимущественно предсердий в большем проценте случаев это будет предсердная экстрасистолия, но это не исключает и появления желудочковой экстрасистолии, которая может иметь в то же время и идиопатический характер. Лечение пациентов при патологии желудочно-кишечного тракта сводится как правило к устранению этиологического фактора, назначению препаратов, ускоряющих ритм (таких как беллатаминал, эуфиллин и др.). Когда же мы не можем сразу его устранить, а также при явной субъективной непереносимости аритмии, возникновения частых политопных экстрасистол, зачастую с ухудшением гемодинамики возможно применение антиаритмиков. Наибольшее распространение в виду высокой частоты нежелательных эффектов амиодарона, таких как брадикардия (исследования *АТМА*), что обуславливает отмену препарата в 2,4%, нарушение функции щитовидной железы, риск развития интерстициального пневмонита, а также желудочковой тахикардии по типу «пируэт», не смотря на его самую большую эффективность до 70–90 % (Ардашев В.Н., Стеклов В.И., 1998; Мазур Н.А., 1995) получили препараты IC класса. При этом самую большую эффективность среди этих препаратов демонстрировал этацизин и пропанорм с эффективностью достигающей 90% и 70% (Мазур Н.А., Абдалла А., 1995), а также чуть менее слабый аллапенин, применение которого в качестве антиаритмика ограничивалось из-за его В2-адреностимулирующего влияния и побочных эффектов в виде головокружения, диплопии, хотя имеются данные о более выраженном эффекте аллапенина по сравнению с традиционными антиаритмическими препаратами того же класса при ваготонической форме фибрилляции предсердий. Плюсы аллапенина с точки зрения фармэкономии является более доступная цена в сравнении с этацизином. Согласно современным критериям антиаритмик считается эффективным при уменьшении числа

желудочковых экстрасистол при одно- и трехсуточном лечении на 78 и 58% соответственно (G. Pratt и соавт. (1985)) для незлокачественных аритмий. Но мы забываем о такой важной вещи, как качество жизни пациента, которое зачастую сопоставимо с жизненным прогнозом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (Либис Р.А. Прокофьев А.Б. Коц Я.И., 1998) и резко ухудшено при наличии аритмии. Сравнительных исследований о влиянии антиаритмиков и характере экстрасистолии у пациентов с хронической язвенной болезнью не так много.

Цель: дать оценку желудочковой экстрасистолии у больных с хронической язвой желудка и определить влияние аллапенина на динамику этих показателей.

Методы исследования: мы обследовали 6 пациентов в возрасте $34 \pm 3,8$ лет с хронической язвенной болезнью желудка, у которых несмотря на казалось бы оптимальное лечение, включающее ингибитор протонной помпы (омепразол в дозе 20 мг, у трех из них пантопразол 40 мг) и два антибиотика (как правило кларитромицин и амоксициллин в дозировках по 1000 мг) сохранялись по данным ЭГДС длительно нерубцующаяся язва желудка и клинические проявления заболевания. При этом нами была отобрана группа пациентов, у которых отмечались перебои в области сердца, требующие лечения из-за плохой субъективной переносимости и большого количества экстрасистол. Каких-либо клинических данных, говорящих об атеросклеротическом повреждении сердца получено не было. Всем больным проводилось ЭКГ-мониторирование на аппарате «Инкар» до лечения и после назначения антиаритмика (учитывая склонность больных к брадикардии, нами был выбран аллапенин с его В-стимулирующим действием в дозе 25 мг х 3 раза в день), а также исследование качества жизни по шкале «Качество жизни больного с аритмией».

Критериями исключения стали пациенты с органическим поражением миокарда, наличием декомпенсации хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета.

Результаты:

Наши пациенты помимо наличия этиологического фактора в виде длительно незаживающих язв желудка, отличались большим количеством полиморных желудочковых экстрасистол в среднем $540,3 \pm 90,05$ штук в сутки. При анализе холтеровского мониторирования также отмечено, что около 370,9 экстрасистол в сутки (68,6% от всего количества экстрасистол) наблюдалось в вечернее и ночное время (с 22.00 вечера до 6.00 утра), при средней ЧСС ночью $48,7 \pm 8,1$ ударов в минуту, говорящей именно о «вагусзависимой» желудочковой экстрасистоле. Применение беллатаминала и эуфиллина в таблетках у наших больных не снижало субъективных жалоб пациента, что существенно снижало их качество жизни. На фоне лечения аллапенином количество экстрасистол уменьшилось на 84 % - до $86,4 \pm 14,4$ экстрасистол в сутки ($P_{\text{Т-Вилкоксона}} < 0,05$), при этом средняя ЧСС ночью достоверно повысилась до $58,7 \pm 9,8$ ударов в минуту.

Примечательно, что у двух больных мы вынужены были отменить аллапенин из-за побочных эффектов, таких как головокружение и двоение в глазах, назначив этацизин в дозе 50 мг x 3 раза в сутки. При этом отмечалось снижение количеств экстрасистол на 65% - с $561,1 \pm 90$ экстрасистол в сутки до $364,1 \pm 60,7$ экстрасистол в сутки, при этом средняя ЧСС ночью недостоверно повысилась с $50,2 \pm 25,1$ до $53,1 \pm 26,6$ ударов в минуту. При сравнительном исследовании трендов по уменьшению количества экстрасистол за сутки у обследуемой группы больных отмечено достоверное преимущество аллапенина, который уменьшал количество экстрасистол на 84% против 65% (в группе этацизина).

При изучении качества жизни наблюдалась аналогичная направленность показателей. Все пациенты отличались низким уровнем

качества жизни, составляющим около $62,3 \pm 6,9$ баллов по опроснику «Качество жизни больного с аритмией». Все эти пациенты постоянно испытывали неприятные ощущения в области сердца, одышку, головокружение, общую слабость, тревогу (страх смерти). При назначении антиаритмиков у больных отмечалось улучшение качества жизни на 59,7% (до $25,3 \pm 2,8$ баллов) в группе аллапенина. В группе этацизина качество жизни улучшалось в среднем на 35,1% - с $60,1 \pm 30,5$ баллов до $38,3 \pm 19,2$ баллов.

Выводы: У пациентов с наличием язвенной болезни при наличии желудочковой экстрасистолии изначально отмечается низкое качество жизни, экстрасистолия возникает у них преимущественно в ночное время суток и отличается склонностью возникновения на фоне брадикардии, а эффективным препаратом выбора для её купирования в период обострения в данной ситуации может быть аллапенин, учитывая его В-адреностимулирующее действие.

1. Соколов С.Ф., Джагангиров Ф.Н. Антиаритмический препарат аллапинин: обзор результатов клинического изучения. Кардиология 2002; 7: 96–102.
2. Голицын С.П. Грани пользы и риска при лечении желудочковых нарушений ритма сердца // Междунар. журн. мед. практики. 2000. № 10. С. 56-64.
3. Курбанов Р.Д., Абдуллаев Т.А. Фармакодинамика и эффективность аллапинина у больных с нарушениями ритма сердца // Клин. мед. 1988. № 10. С. 52-55.
4. Кушаковский Р.Д., Абдуллаев Т.А. Фармакодинамика и эффективность аллапинина у больных с нарушениями ритма сердца // Клин. мед. 1988. № 10. С. 52-55.
5. Amiodarone Trials Meta–Analysis (АТМА) investigators effect of prophylactic amiodarone on mortality after myocardial infarction and congestive heart failure, meta–analysis of individual data from 6500 patients in randomized trials. Lancet, 1997, 350, 1417–1427.
6. Добротворская Т.Е., Королева О.Н., Гордина О.В. и др. Клинический опыт применения пропafenона (ритмонорма) при нарушениях ритма у больных ишемической болезнью сердца. Клиническая медицина, 1996, №3, 51–53.
7. Либис Р.А. Прокофьев А.Б. Коц Я.И. Оценка качества жизни больных с аритмиями// Кардиология.-1998.-№3.- С.49-51.
8. Мазур Н. А., Абдалла А. Фармакотерапия аритмий. Москва: Оверлей. 1995. 224 с.
9. Ардашев В. Н., Стеклов В. И. Лечение нарушений сердечного ритма. Москва: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. 1998. 165 с.