

НЕОЖИДАННЫЕ ТРУДНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Мионов Н. Ю., Гorieва Ш. Б., Голицын С. П.

Российский кардиологический журнал 2015, 11 (127): 116–117
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-11-116-117>

Ключевые слова: мерцательная аритмия, ортостатическая гипотензия, синкопе.

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, Москва, Россия.

Мионов Н. Ю.* — к.м.н., м.н.с. лаборатории интервенционных методов диагностики и лечения нарушений ритма, проводимости сердца и синкопальных состояний отдела клинической электрофизиологии и рентгенохирургических методов лечения нарушений ритма сердца, Гorieва Ш. Б. — к.м.н., н.с. отдела

новых методов диагностики, Голицын С.П. — д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической электрофизиологии и рентгенохирургических методов лечения нарушений ритма сердца.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
hukmur@gmail.com

МА — мерцательная аритмия, ТП — трепетание предсердий, ЭКС — электрокардиостимулятор, ОГ — ортостатическая гипотензия.

Рукопись получена 20.10.2015
 Рецензия получена 21.10.2015
 Принята к публикации 27.10.2015

UNEXPECTED DIFFICULTIES IN LONG PERSISTING ATRIAL FIBRILLATION TREATMENT

Mironov N. Yu., Gorieva Sh. B., Golitsyn S. P.

Russ J Cardiol 2015, 11 (127): 116–117
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-11-116-117>

Key words: atrial fibrillation, orthostatic hypotension, syncope.

FSBI Russian Cardiological Scientific-Production Complex of the Healthcare Ministry, Moscow, Russia.

Пациент А. 78 лет был госпитализирован в связи с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что он длительное время страдает гипертонической болезнью. В 2004г перенёс ишемический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии без грубого неврологического дефицита. С 2005г отмечаются пароксизмы мерцательной аритмии (МА). Во время последней госпитализации в 2014г в связи с частыми рецидивами МА были выявлены паузы до 7,3 с, сопровождавшиеся головокружением и предобморочным состоянием, пациенту был имплантирован электрокардиостимулятор (ЭКС). Учитывая неэффективность поддерживающей антиаритмической терапии препаратами IС и III классов, начата терапия биспрололом 2,5 мг/сут. с хорошим клиническим эффектом. В течение последующих 9 месяцев состояние больного было стабильным. По данным телеметрического контроля ЭКС в течение всего времени регистрировалась постоянная форма МА, данных за дисфункцию аппарата не получено. Постепенно усиливающаяся одышка возникла около 2-х недель назад.

При поступлении у пациента были выявлены признаки декомпенсации сердечной недостаточности (гиперволемиа, венозный застой в лёгких 2 ст. и правосторонний гидроторакс) на фоне тахисистолии, развившейся вследствие трансформации МА в атипичную форму трепетания предсердий (ТП). По данным

суточного мониторирования ЭКГ, средняя частота желудочковых сокращений составляла 122 уд./мин. Пациенту была начата диуретическая терапия торасемидом 20 мг/сут., на фоне которой проявления сердечной недостаточности уменьшились, вес снизился на 4 кг в течение 5 дней; доза биспролола была постепенно увеличена до 10 мг/сут. без достижения контроля частоты желудочковых сокращений, в связи с чем к лечению был добавлен дигоксин 0,25 мг/сут. Спустя 3 дня произошло спонтанное восстановление синусового ритма, после чего доза биспролола была снижена до 2,5 мг/сут.; приём дигоксина и диурера был прекращён. В течение последующих 2-х дней вес пациента снизился ещё на 2 кг. По данным повторного клинического обследования отмечено уменьшение гиперволемии и степени венозного застоя в лёгких, признаки гидроторакса не определялись.

Пациент отметил существенное уменьшение одышки, но появление выраженной слабости; дважды во время пребывания в вертикальном положении развивалось синкопальное состояние. При проведении активной ортопробы выявлена тяжёлая ортостатическая гипотензия (ОГ) (рис. 1). Приём биспролола был полностью прекращён, и у пациента стали отмечаться подъёмы АД до 180/100 мм рт.ст., при этом синкопальные состояния ортостатического генеза продолжали рецидивировать. Немедикаментозные методы лечения ОГ (обучение, компрессионный трикотаж и изменение

режима питания) позволили предотвратить развитие синкопальных состояний, однако клинические проявления выраженной ортостатической неустойчивости и артериальная гипертензия у пациента сохранились.

Трансформация МА в ТП может быть причиной неэффективности урежающей ритм терапии. Такая трансформация происходит обычно у пациентов с продолжительным эпизодом МА и наиболее характерна при пароксизмальной форме заболевания [1]. У данного пациента длительность предшествовавшего эпизода МА превышала 9 мес. Следует подчеркнуть, что в данном случае спонтанное восстановление ритма хотя и сопровождалось улучшением гемодинамических параметров и привело к полному регрессу недостаточности кровообращения, однако имело неблагоприятные клинические последствия. ОГ является распространённой причиной синкопальных состояний у пожилых больных и независимым неблагоприятным прогностическим фактором [2]. Примечательно, что ОГ может быть одним из клинических проявлений МА [3], однако в нашем случае длительно персистировавшая у пациента МА маскировала клинические проявления сопутствующей тяжёлой ОГ.

Литература

1. Riva S, Tondo C, Carbucicchio C, et al. Incidence and clinical significance of transformation of atrial fibrillation to atrial flutter in patients undergoing long-term antiarrhythmic drug treatment. *Europace* 1999; 1(4): 242-7.
2. Veronese N, De Rui M, Bolzetta F, et al. Orthostatic Changes in Blood Pressure and Mortality in the Elderly: The Pro.VA Study. *Am J Hypertens*. 2015; 28(10): 1248-56.
3. Reato S, Baratella MC, D'este D. Persistent atrial fibrillation associated with syncope due to orthostatic hypotension: a case report. *J Cardiovasc Med*. 2009; 10(11): 866-8.

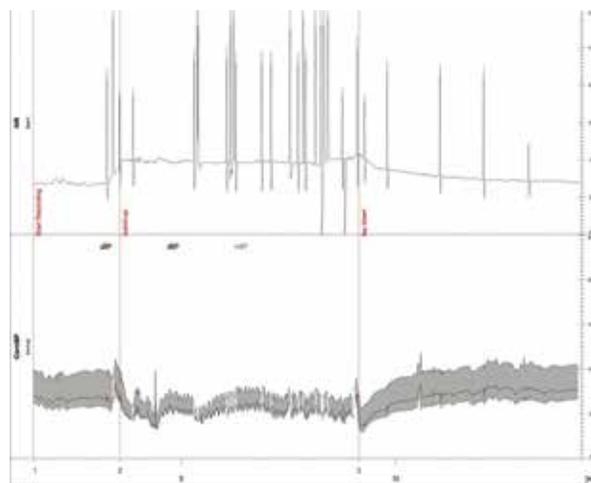


Рис. 1. Непрерывное мониторирование артериального давления (contBP) и частоты сердечных сокращений (HR) во время активной ортостатической пробы пациента А.

Примечание: Start recording — начало исследования, Stand-up — переход в ортостаз, Lay-down — принятие горизонтального положения.

Сокращения: sBP, dBP, mBP — систолическое, диастолическое и среднее артериальное давление, соответственно.