

УДК 616.12-008.313:618.2

Эффективность и безопасность этацизина в лечении желудочковых аритмий у беременных

О. Н. Крючкова, В. Н. Романец, В. Н. Николаев, А. Н. Сулима

*Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** аритмии, беременность, лечение

Ведение беременных, имеющих экстрагенитальную патологию, в настоящее время является задачей не только акушеров-гинекологов, но и семейных врачей. При этом семейный врач, более чем в 40% случаев всей экстрагенитальной патологии беременных занимается вопросами диагностики и лечения заболеваний сердца. Лечение нарушений ритма сердца у беременных является достаточно сложной задачей. Обусловлено это разнообразием нарушений ритма сердца и проводимости, неоднозначно влияющих на прогноз, в том числе и на течение и исходы беременности, а также недостаточным количеством данных доказательной медицины по эффективности и безопасности средств и методов лечения аритмий у этой категории пациентов [3, 6, 7]. Разнообразные нарушения ритма сердца у беременных и рожениц наблюдаются в 15-30% случаев, при этом более чем 40-50% случаев они носят функциональный характер, и нередко впервые манифестируют в период гестации [3, 8]. Появлению аритмий, не связанных с органическим поражением сердца, способствуют функциональные изменения гемодинамики, гормонального статуса и тонуса вегетативной нервной системы, характерные для течения беременности. Возникновению аритмий, также могут способствовать такие состояния как, угроза прерыва-

ния беременности, анемия, гестозы первой и второй половины беременности. При этом наиболее часто встречаются суправентрикулярные аритмии (синусовые тахикардии, суправентрикулярная экстрасистолия), не требующие, в большинстве случаев антиаритмической терапии. Желудочковые нарушения ритма сердца, прежде всего желудочковые экстрасистолы, у беременных нередко обусловлены органическими поражениями сердца. Наиболее часто они наблюдаются при пороках сердца, пролапсе митрального клапана, WPW-синдроме, постмиокардитическом кардиофиброзе, вегетативных дисфункциях [4, 5, 8]. При оценке прогноза необходимо учитывать наличие и характер органического поражения сердца, состояние гемодинамики, а также прогностическую значимость экстрасистолы. Желудочковыми экстрасистолами высоких градаций или потенциально опасными являются: политопные, парные, групповые и ранние желудочковые экстрасистолы. При выявлении вышеперечисленных нарушений ритма сердца у беременной, особенно на фоне существующего органического поражения миокарда необходимо проводить антиаритмическую терапию [1].

При подборе антиаритмических препаратов (ААП) для лечения нарушений ритма у беременных кроме

особенностей их фармакокинетики и фармакодинамики, необходимо учитывать физиологические изменения в организме женщины при беременности (увеличение внутрисосудистого объема крови, повышение плазмотока в почках, изменение функции вегетативной нервной системы), а также возможное неблагоприятное влияние ААП на состояние плода и течение беременности [4, 7, 8].

Абсолютно безопасных ААП не существует, поэтому решение о проведении антиаритмической терапии у беременных должно быть каждый раз взвешенным, обоснованным только в тех клинических ситуациях, когда существует опасность возникновения угрожающих жизни аритмий. Назначению антиаритмической терапии могут предшествовать нефармакологические и фармакологические подходы, позволяющие нормализовать функцию вегетативной нервной системы, обмен электролитов, тонус матки, устранить явления анемии и токсикоза. Все ААП могут оказать неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода, и наиболее высок этот риск в первом триместре беременности, поэтому в этот период потенциально опасные нарушения ритма сердца требуют так же решения вопроса о возможности прерывания беременности [3-6, 8].

Абсолютно противопоказаны при беременности праймалин, дилтиазем, бретилиум, фенитоин, имеющие тератогенный эффект, а так же амиодарон, оказывающий фетотоксическое действие.

Допустимы во второй половине беременности β -адреноблокаторы, верапамил, дизопирамид, лидокаин [2, 4].

Относительно безопасны (могут быть использованы под строгим контролем показателей гемодинамики у матери и внутриутробного состояния плода) пропранолол, соталол, этmozин, этацизин [4].

Целью работы является оценка безопасности и эффективности использования этацизина для лечения потенциально опасных желудочковых аритмий у беременных.

Материал и методы

Исследование проводилось в течение 10 лет (1997-2006 гг.) на базе республиканского отделения экстрагениальной патологии беременных Автономной республики Крым. Под наблюдением находилось 78 беременных. Критериями включения в исследование были наличие желудочковых экстрасистол высоких градаций у беременных в сроке гестации свыше 12 недель. Критериями исключения из исследований были наличие внутрижелудочковых блокад и сердечной недостаточности IIА ст. и выше.

В лечении использовали этацизин («Олайнфарм»; Латвия) в суточной дозе 50-150 мг. Всем беременным проводилось обследование, включавшее ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, 54 беременным – суточное мониторирование ЭКГ. Для оценки внутриутробного состояния плода были использованы: антенатальная кардиотокография, биофизический профиль плода, доплерографическое исследование маточно-плацентарного комплекса, УЗИ плода.

Результаты и обсуждение

Из 78 женщин, включенных в исследование у 64 (82,1%) были выявлены политопные желудочковые экстрасистолы, у 12 (15,4%) парные и у 2 (2,6%) групповые желудочковые экстрасистолы и кратковременные пробежки желудочковой тахикардии по

данным суточного исследования ЭКГ. Органическое поражение сердца было выявлено у 70 (89,7%) женщин, в том числе у 6 были диагностированы ревматические пороки сердца, у 10 врожденные пороки сердца, у 26 беременных желудочковые нарушения ритма наблюдались на фоне пролапса митрального клапана и дополнительной хорды левого желудочка и у 28 на фоне постмиокардитического миокардиофиброза.

У 8 (10,3%) пациенток подтвердить наличие органического поражения сердца не удалось и нами желудочковые нарушения ритма сердца были расценены, как идиопатические. У 56 (71,8%) женщин клинических признаков сердечной недостаточности не выявлялось, у 22 (28,2%) беременных были жалобы, характерные для СН I ст., при ЭхоКГ-исследовании систолическая функция левого желудочка у всех женщин, включенных в исследование была сохранена.

Этацизин всем пациенткам назначали внутрь в начальной дозе 150 мг, в течение в среднем 3-х дней, у 67 (85,9%) пациенток был достигнут положительный клинический эффект (у 28 – экстрасистолы не фиксировались, у 39 – количество экстрасистол уменьшилось на 50% и более), что позволило уменьшить дозу препарата до 50-100 мг. У 11 (14,1%) пациенток начальная доза (150 мг) оказалась малоэффективной, при увеличении дозы до 200 мг удалось достигнуть клинического эффекта. У всех наблюдаемых пациенток после достижения стойкого клинического эффекта доза этацизина была уменьшена до поддерживающей, при этом у 59 (75,6%) женщин она составляла 50 мг, а у 19 (24,4%) – 100 мг этацизина в сутки. У 21 (26,9%) женщин попытка отменить этацизин сопровождалась возобновлением аритмии, и у них этацизин в поддерживающей дозе использовался до родов (в среднем от 3 до 14 недель). У 57 (73,1%) беременных терапия этацизином сопровождалась исчезновением экстрасистол, которые после отмены препарата не возобновлялись на протяжении всего срока гестации (длительность терапии этацизином 10-14 дней).

Двое женщин на протяжении этих 10 лет наблюдались повторно (при первой и второй беременностях), у

обеих фиксировались политопные желудочковые экстрасистолы, которые эффективно лечились этацизином. Из анамнеза – эти женщины в период между беременностями под наблюдением кардиолога или терапевта не были и антиаритмической терапии не получали. После начала использования этацизина всем пациенткам еженедельно проводили кардиотокографическое исследование плода, по данным которого случаев изменения частоты ритма сердца у плода или повышения сократительной активности матки не наблюдалось. Ультразвуковой скрининг был проведен через каждые 2 недели с момента начала терапии этацизином. По данным ультразвукового наблюдения так же случаев нарушения развития плода, изменений количества околоплодных вод, тонуса матки не наблюдалось. При проведении биофизического профиля плода нарушений двигательной активности плода не наблюдалось. При доплерографическом исследовании маточно-плацентарного комплекса нарушений систоло-диастолического отношения в артерии пуповины плода не отмечалось.

Случаев непереносимости препарата или клинически значимых изменений на ЭКГ у наблюдаемых беременных не было. Все пациентки родили доношенных детей, состояние которых оценивали по шкале Апгар и наблюдали в раннем неонатальном периоде. При этом у 63 (80,8%) матерей родились новорожденные, состояние которых по шкале Апгар соответствовало 8-9 баллам, и от 15 (19,2%) матерей – 6-7 баллам. В раннем неонатальном периоде отклонений в состоянии новорожденных, в том числе в нарушении функций сердца, которые можно было бы связать с приемом препарата выявлено не было.

Выводы

1. Желудочковые экстрасистолы высоких градаций во II-III триместре беременности требуют назначения антиаритмической терапии.
2. По данным 10-летнего опыта использования терапии этих нарушений ритма сердца с применением этацизина эффективна и безопасна для плода и течения беременности.

Литература

1. Дабровски А. Оценка антиаритмическо-

- го лечения // Дабровски А., Дабровски Б., Пиотрович Р. Суточное мониторирование ЭКГ. – М.: Медпрактика, 2000. – С. 110-118.
2. Дядык А.П., Багрий А.Э. и др. Использование метопролола в лечении суправентрикулярных нарушений ритма сердца при беременности // Укр. кардіол. журн. – 2004. – № 1. – С. 52-54.
3. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Болезни сердца и сосудов у беременных // Елисеев О.М., Шехтман М.М. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов, почек. – Ростов-н-А.: Феникс, 1997. – С.182-194.
4. Карпов О.П., Зайцев А.А. Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации. – СПб.: «Издательство «ДИЛИА», 2003. – 352 с.
5. Крючкова О.Н., Заболотнов В.А., Романец В.Н., Анацкая Е.А. Применение этацизина в лечении аритмий сердца у беременных // Укр. кардіол. журн. – 2000. – № 3. – С. 40-42.
6. Парфяменко А.Н. Современные представления о лечении аритмий сердца у беременных // Укр. кардіол. журн. – 1997. – № 4. – С. 84-87.
7. Joglar J. A., Page R. L. Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy: safety considerations // Drug Safety. – 1999. – Vol. 1. – P. 85-94.
8. The Task Force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 761-781

Ефективність і безпечність этацизину у лікуванні шлуночкових аритмій у вагітних

О. М. Крючкова, В. Н. Романець, В. М. Ніколаєв, Г. М. Суліма

У статті наведено аналіз 10-річного досвіду використання этацизину для лікування шлуночкових порушень ритму серця у вагітних. Оцінена його ефективність і безпека для плода та перебігу вагітності.

Ключові слова: аритмії, вагітність, лікування.

The efficiency and safety of aethacizinium in treatment of the ventricular disturbances at pregnant women

O. N. Kryuchkova, V. N. Romanetc, V. N. Nikolaev, A. N. Sulima

The follow-up of 10-years experience of aethacizinium using for treatment of the ventricular disturbances of heart rhythm at pregnant women are carried out in this article. It's efficiency and safety for a fetus and pregnancy are estimated.

Key words: arrhythmias, pregnancy, treatment.

Условия публикации в «Крымском терапевтическом журнале»

Глубокоуважаемые авторы!

Редакция Крымского терапевтического журнала просит Вас неукоснительно соблюдать приведенные ниже требования к статьям, направляемым в наш журнал. Это позволит выпускать наш журнал в срок и с высоким качеством.

Статьи публикуются на русском, украинском и английском языках

Статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором проведена данная работа, рецензией, визой научного руководителя (на первой странице), заверенной круглой печатью (на первой странице).

Авторский оригинал статьи состоит из двух экземпляров: одного — на бумаге, другого — в электронной форме.

Текст набирается в формате MS Word (*.doc), RTF или OpenOffice (*.odt) без ручных переносов, шрифтом Times New Roman. Размер шрифта — 12 пт, через 2 интервала с полями слева 2,5 см, справа 2 см, сверху и снизу по 2 см.

Объём текста публикуемых материалов не должен превышать: оригинальные исследования — 6 с обзор, лекция — 12 с, короткая информация, случай из практики — 3 с. Избыточный текст будет сокращён редакцией.

В электронной форме статья должна быть представлена на отдельной дискете 3,5" или CD. Для надёжности рекомендуется сохранять на дискете две копии файла одной статьи

В начале первой страницы обязательно указывается УДК, полное название статьи, инициалы и фамилия авторов, учреждение, из которого вышла работа, город.

Ключевые слова обязательны.

К статьям прилагаются короткие резюме на английском, украинском и русском языках (полное название статьи, инициалы и фамилии авторов к резюме на каждом языке и текст не более 1 /3 страницы). Резюме должно дополнять язык оригинала. Например, для статьи на русском языке резюме должно быть на украинском и английском языках.

Оригинальные статьи, содержащие результаты экспериментальных и клинических исследований авторов, должны иметь следующие разделы: «Цель работы», «Материал и методы» «Результаты и обсуждение» «Выводы»

На первой странице указываются следующие данные: УДК, название статьи, фамилии и инициалы авторов учреждения, где работают авторы, город страна (для иностранцев), ключевые слова

Фотографии, графики и другие иллюстрации должны быть только в черно-белом варианте либо градациях серого цвета.

Все рисунки представляются только в формате TIFF,

JPEG с разрешением не менее 600 dpi, или SVG

Графики и диаграммы подаются в формате MS Excel (*.xls) или OpenOffice (*.ods) и размещаются непосредственно в тексте

В тексте *оригинальной статьи* может быть не более 1 таблицы либо иллюстрации, отражающей наиболее важные данные.

В лекционной или обзорной статье объём таблиц и иллюстраций суммарно не может превышать 10% объёма текста. Избыточные рисунки и таблицы будут удалены.

Таблицы должны содержать необходимые данные. Текст таблицы набирается шрифтом Arial 10 пт. Каждая таблица должна иметь номер. Таблицы располагаются прямо в тексте. Таблицы, выполненные с помощью табляторов, рассматриваться не будут

Математические формулы подаются только в виде *рисунков*. TIFF, JPEG, SVG с разрешением 600 dpi, либо OpenOffice (*.odf). Формулы, выполненные в *виде текста*, будут удалены.

Ссылки на литературу в тексте даются под номерами в квадратных скобках.

Список литературы оригинальных работ не должен превышать 15 источников, лекций, обзорных статей — 40 источников, располагаемых по алфавиту в соответствии с современными требованиями к цитированию. В списке литературы источники приводятся сначала на русском и украинском языках, затем — иностранные в оригинальной транскрипции. Если у приводимого источника 4 и более авторов, указывают 3 первых автора и затем пишется «и др.».

Распечатка статьи подписывается автором, приводятся данные об авторе (авторах), адрес переписки и номер контактного телефона

В статьях следует использовать систему СИ и международные названия фармакологических препаратов. Торговые названия препаратов приводятся в разделе «Материал и методы».

Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей, а также их публикации в виде коротких сообщений и аннотаций.

Направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или отосланных в другие редакции не допускается

Авторы несут ответственность за научное и литературное содержание поданного материала, цитат, ссылок.

Рукописи, дискеты, рисунки, фотографии и другие материалы, присланные в редакцию, не возвращаются

Материалы, не соответствующие указанным требованиям публикаций в журнале, не рассматриваются и не возвращаются.

Редакция КТЖ