

© И.И. Шапошник, Е.В. Лебедев

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»,  
Челябинск, Россия

## ЭКСТРАСИСТОЛИЯ: СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ТАКТИКА В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

**Аннотация** Изложены данные о 383 больных, госпитализированных в терапевтический стационар, средний возраст которых составлял  $49,4 \pm 6,45$  лет; мужчин – 224, женщин – 159. 60% пациентов были с заболеваниями сердца, остальные – с другими болезнями внутренних органов. Установлено, что экстрасистолия регистрировалась почти в 99,2% случаев по данным суточного мониторирования ЭКГ, в 62,7% – желудочковая экстрасистолия высоких градаций. В 2/3 случаев экстрасистолы являлись потенциально злокачественными, в 1/3 – злокачественными. В большинстве случаев для их купирования требовалось лечение основного заболевания и лишь у 1/3 пациентов – использование антиаритмических препаратов.

**Ключевые слова:** экстрасистолия, органическое и функциональное поражение сердца, антиаритмические препараты.

© I.I. Shaposhnik, E.V. Lebedev

South-Ural State Medical University

Chelyabinsk, Russia

## EXTRASYSTOLE: STRATIFICATION OF RISKS AND MANAGEMENT OF DIFFERENT CLINICAL CASES

**Abstract.** The work presents the data about 383 patients hospitalized to an in-patient department, including 224 men and 159 women of the average age -  $49,4 \pm 6,45$  years. 60% of patients suffered from cardiac diseases, others – different inner organ diseases. It's determined that extrasystole was registered in almost 99,2% of cases according to the data of 24-hour Holter ECG monitoring, 62,7% had highly graded ventricular arrhythmia. In 2/3 of cases extrasystole was potentially malignant, in 1/3 – malignant. In the majority of cases it was necessary to treat the main disease to arrest extrasystole, in 1/3 of patients – to use antiarrhythmic drugs.

**Keywords:** extrasystole, organic and functional heart disturbances, antiarrhythmic drugs.

**Актуальность.** Экстрасистолия (ЭС) является самым частым нарушением ритма сердца у человека. Первые упоминания об ЭС датируются 600 г. до нашей эры, когда китайский врач PienTs'lo отметил «нерегулярность пульса, не снижающую нормальную продолжительность жизни» [цит. по 2]. Значительно позднее известный французский врач и учёный А. Юшар писал, что «выпадение пульса и перебои, которые повергают в ужас больных, а также некоторых врачей, почти никогда не симптоматичны для действительного порока сердца» [1]. Частота выявления предсердных ЭС (ПЭС) у здоровых людей составляет в течение суток от 43 до 100% и несколько увеличивается с

возрастом. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) регистрируются примерно в 1,0% случаев при снятии обычной ЭКГ и в 40-75% при суточном мониторинге ЭКГ [3]. Существуют функциональные ЭС при отсутствии органического поражения сердца. Они связаны с нарушением деятельности центральной нервной системы (ЦНС), электролитными нарушениями, токсическими воздействиями, в т.ч. и лекарств, дисгормональным балансом, употреблением алкоголя, курением, интенсивной физической и умственной нагрузкой и т.д. Органические ЭС возникают при истинных заболеваниях сердца: ишемической болезни сердца (ИБС), миокардитах, кардиомиопатиях (КМП), пороках сердца. Признаки органического поражения миокарда следующие: острый или перенесенный инфаркт миокарда, фракция выброса (ФВ) крови из левого желудочка  $\leq 40\%$ , толщина миокарда в любом месте  $\geq 1,3$  см, конечно-диастолический размер левого желудочка  $\geq 6,0$  см, воспалительное поражение миокарда.

В то же время, несмотря на распространённость данного нарушения ритма, его истинная частота среди госпитализированных больных и структура ЭС среди них остаются неизвестными. Кроме того, эффективность различных профилактических и лечебных мероприятий при ЭС также остаются малоизученными.

**Цель работы** – установить частоту различных видов ЭС и их структуру среди госпитализированных больных, а также оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 383 больных, мужчин – 224, женщин – 159. Средний возраст пациентов составил  $49,4 \pm 6,45$  лет. По нозологиям больные распределились следующим образом: с ИБС – 124 (из них с постинфарктным кардиосклерозом – 52), с гипертонической болезнью – 68, с КМП – 12, с пороками сердца – 16, с миокардитом – 9, с сахарным диабетом (СД) – 46, с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) – 32, с циррозами печени – 39, с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) – 37.

У всех больных проводили подробный сбор анамнеза и физикальное обследование. Субъективную выраженность нарушений ритма оценивали по шкале EHRA. Лабораторное исследование включало в себя общепринятые клинические и биохимические анализы. Особое внимание обращали на уровень электролитов крови (калий, натрий) как при однократном исследовании, так и в динамике.

Инструментальное исследование больных включало в себя регистрацию статической и динамической ЭКГ (суточное мониторирование ЭКГ), Эхо-доплеркардиографию с вычислением стандартных показателей, по показаниям – велоэргометрию (проведена 78 пациентам), исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) с вычислением основных параметров, отражающих как величину ВСР, так и состояние тонуса вегетативной нервной системы.

Эффективность проводимого лечения оценивали с учётом получаемых больными препаратов: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторов рецепторов к ангиотензину (БРА),  $\beta$ -адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов (БКК), амиодарона, соталола, пропафенона и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот.

**Результаты исследования.** При сопоставлении жалоб больных на сердцебиение, перебои в работе сердца, указывающих на возможное нарушение ритма сердца, данных стандартной ЭКГ в 12 отведениях, суточном мониторировании ЭКГ, получены следующие результаты. Жалобы выявлены у 68 (17,8%) больных из 383, ЭС при регистрации стандартной ЭКГ – у 117 (30,5%), при суточном мониторировании ЭКГ – у 380 (99,2%). Все различия между субъективными ощущениями больных, частотой регистрации ЭС на обычной ЭКГ и при суточном её мониторировании высоко достоверны ( $p < 0,001$ ). Предсердные ЭС (ПЭС) обнаружены у 18 (4,74%) больных, ЖЭС – у 53 (13,9%), смешанные – у 309 (81,3%). Таким образом, ЖЭС в общей сложности установлена у 362 (95,3%) больных с ЭС. При этом ЖЭС I-II градаций (низких) по Lown-Ryan зарегистрированы у 135 (37,3%) из 362 боль-

ных, III-V градаций (высоких) – у 227 (62,7%),  $p < 0,01$ . «Пробежки» неустойчивой желудочковой тахикардии (3 и более ЭС подряд) зафиксированы у 44 (19,4%) среди больных с ЖЭС высоких градаций. Левожелудочковые ЭС зарегистрированы у 127 (35,1%) больных, правожелудочковые – у 74 (20,5%), ЭС из атрио-вентрикулярного узла – у 33 (9,12%), ЭС из различных отделов желудочков – у 28 (7,73%). Наряду с ЭС у 20 (5,26%) больных зарегистрированы эпизоды фибрилляции предсердий, в 8 случаях – бессимптомные.

При рассмотрении наличия ЭС в зависимости от нозологических форм заболеваний установлено, что у больных ИБС она зарегистрирована у 124 (100%) больных, при ГБ – у 67 (98,5%), при пороках сердца, КМП, миокардитах, СД, циррозах печени, ХОБЛ – в 100%, при ВСД – у 35 (94,6%).

Для установления функционального или органического генеза ЭС, помимо вышеуказанных структурно-функциональных особенностей ремоделирования миокарда, учитывали такие характеристики ЭС как связь их с физической нагрузкой, стрессом, возникновением ЭС в зависимости от времени суток, приёма пищи, лекарств, алкоголя, курения, положения тела. Исходя из изложенных характеристик ЭС, в 96 (25,3%) случаях они были отнесены к функциональным ЭС, в 284 (74,7%) – к органическим. Из больных с органической ЭС, согласно классификации Bigger, в 190 (66,9%) случаях она расценена как потенциально злокачественная, в 94 (33,1%) – как злокачественная, т.е. угрожающая развитием внезапной сердечной смерти.

Из 96 пациентов с функциональной ЭС в 90 (93,8%) случаев она являлась изолированной ЖЭС. Проведение лечения, связанного с наличием чаще всего неприятных субъективных ощущений, требовалось у 28 (29,2%) пациентов. Кроме применения антигипертензивных препаратов у 10 больных с ГБ в данной группе, у 19 больных удалось устранить симптомы ЭС с помощью использования калий-магниевых препаратов и седативных средств. Лишь в 9 случаях возникла необходимость в назначении антиаритмических препаратов IC класса (пропафенон, этализин, аллапинин)  $\beta$ -блокаторов и недигидропи-

ридиновых БКК, которые оказались полностью или частично эффективными во всех случаях.

Среди 190 больных с потенциально злокачественной ЖЭС применение базисной оптимальной медикаментозной терапии, включающей назначение ИАПФ или БРА,  $\beta$ -блокаторов, БКК, дезагрегантов, статинов, блокаторов минералкортикоидных рецепторов в течение 3-4 месяцев позволило при динамическом наблюдении добиться перевода больных с высоких градаций ЖЭС до низких у 129 (67,9%). Применение антиаритмических препаратов (амиодарон, соталол) и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омакор в суточной дозе 1,0 г) привело к подобному эффекту ещё у 46 (24,2%) больных данной группы. Таким образом, с помощью медикаментозных средств удалось у 175 (92,1%) больных существенно уменьшить число ЖЭС и улучшить клиническую симптоматику заболеваний.

Среди 94 больных со злокачественной ЖЭС у 55 (58,5%) причиной её была ИБС, у 14 (14,9%) – пороки сердца, у 10 – КМП (10,6%), у 9 (9,57%) – миокардит, у 10 (10,6%) – ГБ. Применение вышеописанной оптимальной медикаментозной терапии в течение 3-4 месяцев привело к переходу злокачественной ЖЭС в потенциально злокачественную у 41 (43,6%) больного. Остальным 53 больным было добавлено к базисной терапии назначение антиаритмических препаратов (амиодарона, соталола), которые оказали положительный эффект у 38 (71,7%) пациентов. Назначение омакора оставшимся 15 больным оказало позитивное влияние у 7 пациентов. 4 больным была проведена радиочастотная абляция аритмогенных очагов в желудочках с имплантацией 3 из них кардиовертера-дефибриллятора. Таким образом, у данной тяжёлой категории больных удалось с помощью применения современных медикаментозных и инвазивных технологий с установкой особых устройств добиться необходимого клинического эффекта.

### **Выводы**

1. Среди госпитализированных в терапевтический стационар пациентов экстрасистолия наблюдается в подавляющем большинстве случаев, чаще все-

го – ЖЭС высоких градаций. При этом «аритмические» жалобы встречаются менее, чем в 1/3 случаев.

2. Среди ЖЭС в ¼ случаев они носят функциональный характер, в остальных – органический. Среди органических ЖЭС в 2/3 случаев они носят потенциально злокачественный характер, в 1/3 – злокачественный, являясь предиктором внезапной сердечной смерти.

3. Для лечения функциональной (доброкачественной) ЭС в большинстве случаев не требуется назначения антиаритмических препаратов. Органические ЭС требуют в первую очередь проведения оптимальной медикаментозной терапии основного заболевания и лишь в 1/3 случаев использование специфических лекарств, обладающих антиаритмическими свойствами.

#### Список литературы:

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. – М., 2005. – 224 с.
2. Бокерия Л.А., Ревিশвили А.Ш., Неминуший Н.М. Внезапная сердечная смерть. – М., 2011. – 267 с.
3. Ричард Н. Фогорос Антиаритмические средства. – М., 2009. – 199 с.

#### References

1. Ardashev V.N., Ardashev A.V., Steklov V.I. Lechenie narusheniy serdechnogo ritma [Treatment of cardiac rhythm disturbances]. Moscow, 2005. 224 p. (in Russian).
2. Bokeriya L.A., Revishvili A.Sh., Neminushchiy N.M. Vnezapnaya serdechnaya smert' [Sudden cardiac death]. Moscow, 2011. 267 p. (in Russian).
3. Richard N. Fogoros. Antiaritmicheskie sredstva [Antiarrhythmic drugs]. Moscow, 2009. 199 p. (in Russian).

**Шапошник Игорь Иосифович** – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета, тел. +7-9088235120, e-mail: [shaposhnik@yandex.ru](mailto:shaposhnik@yandex.ru)

**Лебедев Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета, тел. +7-9080857550, e-mail: [evgueni.lebedev@mail.ru](mailto:evgueni.lebedev@mail.ru)

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», Россия, 454092 г. Челябинск, ул. Воровского, д.64

**Shaposhnik Igor Iosifovich** – Doctor of Medical Science, professor, head of the department of internal disease propaedeutics, South-Ural State Medical University, phone: +7-9088235120, e-mail: [shaposhnik@yandex.ru](mailto:shaposhnik@yandex.ru)

**Lebedev Evgeniy Vladimirovich** – Candidate of Medical Science, teaching assistant of the department of internal disease propaedeutics, South-Ural State Medical University, phone: +7-9080857550, e-mail: [evgueni.lebedev@mail.ru](mailto:evgueni.lebedev@mail.ru)

State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Training “South-Ural State Medical University” of the RF Ministry of Health, 64, Vorovskoy str., 454092, Chelyabinsk, Russia