

**АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОРОНАРОГЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ
АРИТМИЯМИ**

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, НИИК МЗ РФ им. акад. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Обследовано 165 пациентов в возрасте от 17 до 67 лет с частыми желудочковыми эктопическими комплексами в виде аллоритмий (у 100% больных), с наличием парных комплексов (у 83%) и эпизодов ускоренного идиовентрикулярного ритма или неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) (у 57% больных). Пациенты обращались на консультацию по направлению кардиологов районных поликлиник, городских и областных диагностических центров и в последующем составили диспансерную группу наблюдения. У 74 пациентов желудочковые аритмии (ЖА) сочетались с гипертонической болезнью II стадии, у 14 был диагностирован пролапс митрального клапана I-II степени, у 56 - вегетососудистая дистония, 12 пациентов в прошлом перенесли миокардит, у 59 - патологии сердечно-сосудистой системы доступными нам методами обнаружено не было. Сопутствующие заболевания (гастриты, заболевания желчевыводящих путей, климактерический синдром и др.) присутствовали у половины пациентов. Признаки сердечной недостаточности I-II класса (по NYHA) наблюдались у 28 больных.

Всем пациентам были выполнены: ЭКГ, эхокардиограмма, дважды для определения воспроизводимости холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ («Кардиотехника-4000», Инкарт, Санкт-Петербург) и велоэргометрия (ВЭМ), а

также фармакологические пробы с β -адреноблокаторами и М-холинолитиками. Появление и/или прогрессирование ЖА во время физической нагрузки (ФН) при отсутствии клинических и ЭКГ-признаков ишемии миокарда было обусловлено, как правило, влиянием повышенного тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы на эктопический центр - 59,8% наблюдений. В этих случаях назначались индивидуально подобранные небольшие дозы β -адреноблокаторов, эффект которых был подтвержден результатами парных нагрузочных проб. При ЖА, индуцированной ФН, в том числе и неустойчивой ЖТ, достаточным оказался профилактический прием β -блокаторов (локрен, метопролол). ЖА покоя, уменьшающаяся или исчезающая во время ФН, была обусловлена повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (15,2%). В большинстве случаев эта форма ЖА лечения не требовала. Однако при плохой субъективной переносимости аритмии назначение средств атропинового ряда (беллоид, беллатаминал), иногда в сочетании с антиаритмическими препаратами, обладающими ваголитическими свойствами (ритмилен, аллапинин), приводило к улучшению самочувствия больных и подтверждалось результатами ХМ.

В ряде наблюдений (9,2%) у одних и тех же больных «дневная» ЖА, связанная с физическими и/или эмоциональными нагрузками, купировалась β -адреноблокаторами, для профилактики «ночной» было достаточно вечернего приема беллоида или антиаритмика с ваголитическими свойствами. В 22,4% случаев имелась связь исчезновения аритмии с лечением основного и/или сопутствующих заболеваний, а также с коррекцией психоэмоционального фона (противотревожными и антидепрессивными препаратами). Только в тех случаях, когда ЖА носила хронический характер (частые плохо переносимые эпизоды устойчивой ЖТ), требовалась госпитализация в стационар (кардиологию или кардиохирургию), где решался вопрос о назначении и выборе доз антиаритмических препаратов (кордарона, соталекса) или об аблации эктопического желудочкового центра. В последующем такие больные (9,7%) продолжали находиться на амбулаторном диспансерном наблюдении.

Таким образом, предложенный алгоритм обследования пациентов с желудочковыми нарушениями ритма оказался в большинстве случаев достаточным, чтобы исключить ЖА ишемического генеза, определить непосредственную связь аритмии с основным заболеванием (или отсутствие таковой), показать участие вегетативной нервной системы в аритмогенезе и выработать патогенетически оправданную терапию. Как показывает опыт, пациентам с неишемическими ЖА чаще всего нет необходимости в госпитализации. Амбулаторное диспансерное ведение больных с некоронарогенными ЖА позволит разгрузить специализированные кардиологические отделения. Для этого необходимо усилить амбулаторную кардиологическую службу, достаточно оснатив районных кардиологов диагностической аппаратурой.