



ЛЕКЦИИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

616.12:615.03

С.Д. МАЯНСКАЯ, Н.А. ЦИБУЛЬКИН

Казанская государственная медицинская академия

Принципы лечения фибрилляции предсердий

Маянская Светлана Дмитриевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой кардиологии и ангиологии
г. Казань, ул. Ямашева, 51, кв. 155, тел. 5-177-000

В лекции рассматриваются принципы диагностики и лечения фибрилляции предсердий. Приводится современная классификация этого нарушения ритма, описывается тактика при различных формах фибрилляции предсердий, показания для проведения кардиоверсии или контроля частоты желудочковых сокращений при постоянной форме аритмии. Приводятся рекомендации по лечению фибрилляции предсердий в особых случаях, таких как кардиомиопатии, гипо- или гипертиреоз, беременность, операции на сердце и т.д., а также правила антикоагулянтной защиты в зависимости от тактики лечения.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, кардиоверсия, антиаритмические препараты, антикоагулянты.

S.D. MAYANSKAJA, N.A. TSIBULKIN

Kazan State Medical Academy

Principles of treatment of atrial fibrillation

The lecture examines principles of diagnostics and treatment of atrial fibrillation. A modern classification of the arrhythmias, tactics in various forms of atrial fibrillation, indications for cardioversion or control of ventricular response rate in a permanent form of arrhythmia are described. It gives recommendations for the treatment of atrial fibrillation in special cases, such as cardiomyopathy, hypo- or hyperthyroidism, pregnancy and heart surgery, etc., as well as the rules of anticoagulant protection depending on the therapeutic approach.

Keywords: atrial fibrillation, cardioversion, antiarrhythmic drugs, anticoagulants.

Лечение фибрилляции предсердий, безусловно, является одной из самых сложных проблем современной кардиологии и аритмологии. На сегодняшний день наибольшую практическую ценность имеет классификация фибрилляции предсердий (ФП) Европейского общества кардиологов (2, 7). Согласно этой классификации выделяют:

- 1) постоянная (хроническая) ФП;
- 2) персистирующая ФП — более 7 суток (спонтанно не купирующаяся);

3) пароксизмальная ФП — длительностью до 7 суток (разделять: до 2 суток (способна спонтанно купироваться) и от 2 до 7 суток (как правило, требует кардиоверсии)). Кроме того, принято разделять пароксизмальную ФП по группам.

1-я группа: первый симптомный эпизод ФП (если бессимптомный, то впервые выявленный эпизод ФП).

(А) — спонтанно закончившийся

(В) — требующий фармакологической или электрической кардиоверсии

2-я группа: рецидивирующие атаки ФП (нелеченные).

- (А) — бессимптомные
- (В) — симптомные: менее 1 атаки в 3 месяца
- (С) — симптомные: более 1 атаки в 3 месяца

3-я группа: рецидивирующие атаки ФП (на фоне лечения).

- (А) — бессимптомные
- (В) — симптомные: менее 1 атаки в 3 месяца
- (С) — симптомные: более 1 атаки в 3 месяца

Со временем ФП может эволюционировать, что заставляет врача постоянно корректировать формы и группы аритмии. Так, классификация тесно связана с тактикой лечения.

Минимум обследования пациента с ФП

1. Опрос и осмотр.

1.1. Определить наличие и характеристику симптомов.

1.2. Определить клинический тип ФП (пароксизмальная, хроническая или недавно начавшаяся).

1.3. Определить дату (время) первой симптомной атаки и/или дату выявления бессимптомной ФП.

1.4. Определить частоту возникновения, длительность (самый короткий и самый длинный эпизоды), провоцирующие факторы, ЧСС во время и вне пароксизма и вариант прекращения симптомных эпизодов (самостоятельно или зависимо от лечения).

1.5. Определить причины патологии — сердечная или другие причины (например: употребление алкоголя, диабет или тиреотоксикоз), которые требуют лечения.

2. ЭКГ.

2.1. Гипертрофия левого желудочка.

2.2. Длительность и морфология Р-волны при синусовом ритме.

2.3. Доказательства реполяризационных изменений, блокады ножек пучка Гиса, признаков перенесенных инфарктов миокарда и др. (4).

3. Эхокардиография (М-способ и двухмерная).

3.1. Доказательства и тип причинной болезни сердца.

3.2. Размеры левого предсердия.

3.3. Размеры и функция левого желудочка.

3.4. Гипертрофия левого желудочка.

3.5. Внутрисердечные тромбы (слабо чувствительно, лучше чреспищеводным датчиком).

4. Тест функции щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, антитела к тиреоглобулину).

4.1. При впервые выявленной ФП.

4.2. При трудно контролируемом ритме желудочковых отделов.

4.3. При использовании амиодарона в анамнезе.

Профилактика тромбоэмболий и назначение антикоагулянтов

Риск эмболических осложнений при неревматической ФП в 5,6 раза больше, а при ФП ревматического генеза — в 17,6 раза больше, чем в группах сравнения. Общий риск эмболических осложнений в 7 раз выше, когда присутствует ФП. 15–20% всех ишемических инсультов возникают при ФП. Достоверных различий риска эмболических осложнений при пароксизмальной или хронической формах нет, хотя некоторые авторы указывают на то, что хроническая ФП несет несколько больший риск (6% в год), чем пароксизмальная (2–3% в год). Наивысший риск эмболических осложнений при ФП в следующих ситуациях: 1. недавно начавшаяся ФП; 2. первый год существования ФП; 3. ближайший период после

восстановления синусового ритма. С возрастом риск инсульта при ФП увеличивается, так в возрастной группе от 50 до 59 лет 6,7% всех цереброваскулярных проявлений связаны с ФП, а в возрастной группе от 80 до 89 лет — 36,2%. Антикоагулянтная терапия является основной стратегией профилактики эмболических осложнений. Она снижает их риск в среднем на 68%, но связана с риском серьезного кровотечения (примерно 1% в год). При неревматической ФП оптимальным компромиссом между эффективностью и риском кровотечения является поддержание международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 2–3 (протромбиновый индекс (ПИ) — 55–65). Другой аспект профилактики эмболических осложнений — восстановление и поддержание синусового ритма. Однако многоцентровые корпоративные исследования, оценивающие коэффициент «риск — польза» (особенно в отношении риска поддерживающей антиаритмической терапии) не закончены (2, 3).

Рекомендации по антикоагулянтной терапии

При неревматической ФП показан варфарин в дозах, поддерживающих МНО на уровне 2–3 (ПИ — 55–65). При патологии клапанов сердца и их протезах показаны более высокие дозы варфарина (МНО — 3–4, ПИ — 45–55), т.к. риск эмболических осложнений существенно выше. Показания для обязательного назначения антикоагулянтов: 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 65 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе; 5) сахарный диабет в анамнезе; 6) дисфункция левого желудочка и/или застойная недостаточность кровообращения; 7) размер левого предсердия (ЛП) более 50 мм, тромб ЛП, дисфункция ЛП.

Восстановление синусового ритма

Восстановление синусового ритма целесообразно для облегчения симптомов, улучшения гемодинамики и снижения эмболического риска. Ритм может восстанавливаться самостоятельно, причем почти у 48% пациентов. Чем дольше ФП существует, тем меньше шансов восстановления синусового ритма. Что предпочтительнее — электрическая или фармакологическая кардиоверсия, остается неясным (исследования продолжаются).

Фармакологическая кардиоверсия

Если длительность существования ФП менее 48 часов, то можно восстанавливать синусовый ритм сразу, если ФП существует более 48 часов, то восстановлению синусового ритма должен предшествовать не менее чем 3-недельный курс антикоагулянтов (можно амбулаторно). С увеличением времени существования ФП эффективность фармакологической кардиоверсии снижается, и электрическая становится более успешной. При поступлении в стационар рекомендуется немедленное начало гепаринотерапии. Основные препараты, применяемые для восстановления синусового ритма: ибутилид (корверт), пропафенон (ритмонорм, пропанорм), прокаинамид (новокаиномид), хинидин, дизопирамид (ритмилен), амиодарон (кордарон, амиокордин), соталол (соталекс, дароб) и др. Ранее дигоксин был наиболее применяемым препаратом для окончания ФП, пока не доказали, что его эффективность не лучше эффективности плацебо. Однако неконтролируемые исследования показывали его эффективность при недостаточности кровообращения через не прямое действие (т.е. улучшение гемодинамики, положительный инотропный эффект). Перорально назначенный, пропафенон может использоваться как для купирования ФП, так и для профилактической антиаритмической терапии. Так, 600 мг пропафенона, принятые внутрь, восстанавливают синусовый ритм через 3 часа у 50%



больных, а через 8 часов — у 70-80%. Применение препаратов 1 С класса может осложниться трепетанием предсердий или тахикардией с частым желудочковым ответом (2:1 или 1:1). В таких случаях показано дополнительное назначение β -блокаторов. Пациентам с тяжелыми формами ИБС, недостаточностью кровообращения, низкой фракцией выброса или серьезными нарушениями проводимости показан лидокаин или препараты 3-го класса: амиодарон 15 мг/кг веса внутривенно или 600 мг/сутки внутрь. Процент восстановления синусового ритма амиодароном колеблется по разным данным от 25 до 83% (5). Почти также эффективен соталол. Высокоэффективны новые препараты 3-го класса — ибутилид (корверт) и дофетилид, но они используются только для купирования ФП и не могут назначаться с профилактической целью. Основным недостатком препаратов 3-го класса антиаритмиков — это возможность развития так называемой пируэтной (*torsades de pointes*) желудочковой тахикардии. Если ФП вторична к гипертиреозу, то кардиоверсия откладывается до нормализации функции щитовидной железы. ФП, осложняющая сердечную и грудную хирургию, имеет тенденцию к самостоятельному купированию и в этот период целесообразно назначение β -блокаторов или антагонистов Са.

Электрическая кардиоверсия

Рекомендуемая начальная энергия для наружной кардиоверсии — 200 Дж (75% случаев использования такой энергии успешны для восстановления синусового ритма), а в случае неэффективности — 360 Дж. Уровень успешности наружной кардиоверсии колеблется от 65% до 90%. Риск электрической кардиоверсии ниже риска медикаментозной кардиоверсии. Осложнения достаточно редки, но встречаются и о них необходимо уведомлять пациента при получении согласия больного на процедуру. Основные осложнения наружной кардиоверсии: системная эмболия, желудочковые аритмии, синусовая брадикардия, гипотензия, отек легкого и элевация сегмента ST. Восстановление синусового ритма может вскрыть имеющийся синдром слабости синусового узла или АВ блокаду, поэтому при выполнении кардиоверсии надо быть готовым к проведению временной электрокардиостимуляции. Электрическая кардиоверсия противопоказана при интоксикации сердечными гликозидами (имеет смысл отсрочка минимум в 1 неделю, даже в случае обычного приема сердечных гликозидов — без интоксикации), гипокалиемии, острых инфекциях и некомпенсированной недостаточности кровообращения. Так как электрическая кардиоверсия требует общей анестезии, то любое противопоказание к общему обезболиванию является противопоказанием к электрической кардиоверсии. Помимо наружной кардиоверсии возможно проведение внутренней (внутрисердечной) низкоэнергетической (менее 20 Дж) кардиоверсии. Она эффективна (70-89%) при неэффективной наружной, не требует общей анестезии и вызывает меньшее число осложнений.

Антикоагулянты при восстановлении синусового ритма

Введение антикоагулянтов начинают сразу при поступлении больного в стационар. При длительности ФП более 48 часов антикоагулянты показаны не менее 3 недель до (можно амбулаторно) и 1 месяц после восстановления синусового ритма.

Чреспищеводная эхокардиография (ЧП ЭХО) — высокочувствительный метод выявления тромбов ЛП, однако есть сообщения о случаях эмболий при ФП при отсутствии выявляемых ЧП ЭХО тромбов ЛП. Тем не менее предлагается следующая стратегия:

Если ФП существует более 48 часов, а при ЧП ЭХО (непосредственно перед исследованием обязательно вводится гепарин) тромбы ЛП не определяются, то кардиоверсия выполняется сразу (фармакологическая или электрическая).

Если при ЧП ЭХО выявляются тромбы ЛП, то назначают на 6 недель антикоагулянты и повторяют ЧП ЭХО (можно неоднократно), а далее...

Если тромбы растворяются (перестали выявляться при ЧП ЭХО), то выполняется электрическая кардиоверсия, а если не растворяются, то кардиоверсия отменяется вообще.

Профилактика рецидивов ФП после кардиоверсии

Несмотря на любую проводимую терапию, имеется высокий риск рецидивов, что подтверждается многочисленными исследованиями. У всех антиаритмических препаратов, к сожалению, достаточно много побочных эффектов. Неплохо себя зарекомендовал пропафенон (ритмонорм), хотя есть исследования (CASH), в которых он увеличивает летальность у лиц, перенесших остановку сердечной деятельности. Эффективность комбинации препаратов 1 С класса с β -блокаторами или антагонистами Са остается до конца неизученной. Высокоэффективен соталол, и даже в случае рецидива он ограничивает частоту сокращений желудочков. Соталол можно комбинировать с дигоксином. Амиодарон назначается в случае неэффективности всех других методов профилактики, и после оценки функции органов, которые могут пострадать от его назначения (щитовидная железа, печень, легкие и т.д.) (8).

Каким пациентам и когда назначать профилактическое лечение?

Здесь еще раз подтверждается прикладное значение приведенной классификации (см. выше).

Группа 1: первый симптомный эпизод ФП (если бессимптомный, то впервые выявленный эпизод ФП).

(А) — спонтанно закончившийся

(В) — требующий фармакологической или электрической кардиоверсии

У больных, попадающих в 1-ю группу, длительное фармакологическое лечение неоправданно.

Группа 2: рецидивирующие атаки ФП (нелеченные).

(А) — бессимптомный

Роль антиаритмической терапии в предотвращении рецидивов ФП и профилактике инсультов не определена.

(В) — симптомный: менее 1 атаки в 3 месяца показано эпизодическое лечение для купирования ФП или замедления желудочкового ритма при приступе, как альтернатива постоянной профилактической антиаритмической терапии.

(С) — симптомный: более 1 атаки в 3 месяца назначение блокаторов калиевых и натриевых каналов для длительной профилактики пароксизмов оправдано.

Группа 3: рецидивирующие атаки ФП (на фоне лечения).

(А) — бессимптомный

(В) — симптомный: менее 1 атаки в 3 месяца

(С) — симптомный: более 1 атаки в 3 месяца

Зачастую третья группа — это лица резистентные к антиаритмической терапии. Им показаны препараты, действующие на АВ проведение (дигоксин, β -блокаторы, антагонисты Са) для контроля частоты сокращения желудочков (ЧСЖ) или не медикаментозные методики. Некоторым больным имеет смысл подбор купирующей терапии (можно на фоне профилактической) для амбулаторного купирования пароксизма



(фармакологической кардиоверсии) больным самостоятельно сразу после начала ФП. Однако вопрос о тактике лечения таких пациентов решается индивидуально, с учетом всех обстоятельств.

При назначении антиаритмической терапии важно помнить о проаритмогенном эффекте антиаритмиков. Так, препараты 1А и 3-го классов увеличивают интервал QT и могут провоцировать пируэтную желудочковую тахикардию. Препараты 1С класса часто индуцируют мономорфные желудочковые тахикардии. Кроме того, исследования CAST 1 и 2 показали увеличение смертности при приеме препаратов 1С класса постинфарктными больными и больными с хронической недостаточностью кровообращения.

Отдельной разновидностью ФП является синдром тахибради, когда одновременно с фибрилляцией предсердий присутствует синдром слабости синусового узла (СССУ). В таких случаях первоочередным является лечение синдрома слабости синусового узла. Ранняя диагностика и лечение СССУ у многих больных позволяет избежать дальнейшего появления и развития ФП. На начальных этапах развития синдрома тахибради при отсутствии показаний к имплантации ЭКС оправдано назначение препаратов учащающих ЧСС. Хорошо себя зарекомендовали в такой ситуации пролонгированные дигидропиридиновые кальциевые блокаторы (1).

Назначая медикаментозную антиаритмическую терапию, очень важно правильно подобрать дозу препарата, причем желательны минимальные эффективные дозы. При отсутствии эффекта препарата, назначаемого в средних терапевтических дозах, предпочтительнее не наращивать последние до максимальных (это значительно повышает вероятность побочных действий), а подобрать другой препарат или комбинацию препаратов.

Контроль частоты сокращений желудочков при ФП

Критерии эффективного контроля ЧСЖ по данным суточного мониторирования ЭКГ: в покое ЧСЖ должна составлять от 60 до 80 имп./мин., при умеренной нагрузке — от 90 до 115 имп./мин. Результатом контроля ЧСЖ является редуцирование обусловленной тахикардией кардиомиопатии и снижение продукции нейрогуморальных вазоконстрикторов.

С целью фармакологического контроля ЧСЖ применяют:

1. Сердечные гликозиды (дигоксин и др.).
2. Недигидропиридиновые Са-блокаторы (верапамил, дилтиазем). Однако они противопоказаны при WPW, так как они, замедляя АВ проведение, улучшают проведение по дополнительным путям.
3. β-блокаторы (пропранолол, метопролол, атенолол, ацебутолол, надолол и др.).
4. Другие препараты (пропафенон, соталол, амиодарон и др.).

Для немедикаментозного контроля ЧСЖ используют:

1. Трансвенозную радиочастотную модификацию АВ проведения.
2. Трансвенозную радиочастотную абляцию АВ соединения с имплантацией ЭКС.
3. Хирургические методики (операции на открытом сердце: хирургическая изоляция предсердий, «коридор», «лабиринт»).

В случае протекания тахикардии с гемодинамическими расстройствами предпочтительнее выполнить электрическую кардиоверсию (восстановить синусовый ритм).

Немедикаментозные методы лечения ФП

Электрокардиостимуляция показана при бради и тахибради формах ФП (т.е. при синдроме слабости синусового узла и при АВ блокадах). Двухкамерная (DDD, при пароксизмальной форме ФП) или предсердная (AAI, в том числе с положением электрода в межпредсердной перегородке) стимуляции могут уменьшать частоту возникновения рецидивов. Различные виды электрокардиостимуляции (в том числе чреспищеводная) не купируют ФП. Имплантируемый предсердный кардиовертер-дефибриллятор осуществляет разряды прямого тока с энергией _ 6 Дж, в ранние сроки (почти сразу) после детекции ФП. С учетом феномена электрофизиологического ремоделирования раннее купирование ФП не позволяет измениться рефрактерностям предсердий, что уменьшает предпосылки для частого рецидивирования и самоподдерживания ФП. Однако эффективность этого метода и его значение остаются до конца не изученными (6).

Хирургические методы в лечении ФП сейчас используются редко. Среди них выделяют операции хирургической изоляции предсердий, «коридор», «лабиринт». Все они направлены на разрушение множественных колец re-entry, и создание единственного пути («коридора», «лабиринта») от предсердий к АВ узлу. Главный их недостаток то, что они выполняются на «открытом» сердце (общая анестезия, аппарат искусственного кровообращения, холодовая кардиopleгия и вытекающие из этого осложнения). При необходимости выполнения операции на «открытом» сердце (протезирование клапана или аневризмэктомия) можно параллельно выполнить операцию по поводу ФП. Интервенционные методы в лечении ФП (трансвенозные катетерные радиочастотные абляции) в настоящее время находят все больше сторонников. Самый простой способ при ФП (широко распространенный еще 3-5 лет назад) — это деструкция АВ соединения (создание искусственной АВ блокады) и имплантация электрокардиостимулятора в режиме VVI(R). При этом нарушается физиология сердца, не уменьшается эмболический риск, часто возникает зависимость от электрокардиостимулятора и проявляются все недостатки VVI режима. Сейчас с целью контроля частоты сокращений желудочков все чаще выполняется модификация АВ проведения без имплантации электрокардиостимулятора (то есть создается ограничение проведения предсердных импульсов на желудочки). Наиболее перспективной является трансвенозная абляция re-entry предсердий и/или очагов эктопической активности (по типу операции «лабиринт»). Такая процедура высокоэффективна, но весьма сложна технически и трудоемка.

Ситуации, где требуется особый подход к антиаритмической терапии

1. Послеоперационная ФП

Таблица 1.

Разнообразные предикторы послеоперационных предсердных аритмий у пациентов при хирургической реваскуляризации миокарда

- Пожилой возраст
- Мужской пол
- Дигоксин
- Заболевание периферических артерий
- Хроническое заболевание легких
- Порок клапанного аппарата сердца
- Увеличение левого предсердия



- Операции на сердце в анамнезе
- Отмена β-блокаторов
- Предсердные тахикардии до операции
- Перикардит
- Повышенный адренергический тонус в послеоперационном периоде

Рекомендации по профилактике и лечению послеоперационной ФП

Класс I

1. Лечить пациентов, подвергающихся операции на сердце β-блокаторами (перорально) для профилактики послеоперационной ФП, если нет противопоказаний (уровень доказательности: A).
2. Достигать у пациентов, у которых развивается послеоперационная ФП, контроля частоты сердечных сокращений назначением блокаторов AV проведения (уровень доказательности: B).

Класс IIa

1. Назначать профилактически соталол или амиодарон пациентам при высоком риске развития послеоперационной ФП (уровень доказательности: B).
2. Восстановить синусовый ритм у пациентов, у которых развивается послеоперационная ФП, фармакологической кардиоверсией и бутилидом или электрической кардиоверсией, как рекомендовано для нехирургических пациентов (уровень доказательности: B).
3. У пациентов с рецидивирующей или рефрактерной послеоперационной ФП можно поддерживать синусовый ритм назначением антиаритмических препаратов, как рекомендовано для пациентов с ИБС и ФП (уровень доказательности: B).
4. Назначать антитромботические препараты пациентам, у которых развивается послеоперационная ФП, как рекомендовано для нехирургических пациентов (уровень доказательности: B).

2. Острый инфаркт миокарда (ИМ)

Рекомендации по лечению пациентов с ФП и острым ИМ

Класс I

1. Выполнить электрическую кардиоверсию пациентам с серьезными гемодинамическими расстройствами или тяжелой ишемией (уровень доказательности: C).
2. Внутривенное назначение сердечных гликозидов или амиодарона, чтобы замедлить частый желудочковый ответ и улучшить функцию ЛЖ (уровень доказательности: C).
3. Внутривенное введение β-блокаторов для замедления частого желудочкового ответа у пациентов без клинической дисфункции ЛЖ, бронхоспастических заболеваний или АВ блокад (уровень доказательности: C).
4. Назначить гепарин пациентам с ФП и острым ИМ, если нет противопоказаний к антикоагуляции. (Уровень доказательности: C).

Класс III

Не рекомендуется назначение IC класса антиаритмических препаратов у пациентов с ФП в условиях острого ИМ (уровень доказательности: C).

3. WPW, синдромы предвозбуждения

Рекомендации по лечению ФП и предвозбуждения желудочков

Класс I

1. Катетерная абляция дополнительного пути у пациентов с симптомами с ФП, у которых имеется WPW синдром, особенно с обмороками из-за частого сердечного ритма или с коротким рефрактерным периодом ДПП (уровень доказательности: B).
2. Немедленное выполнение электрической кардиоверсии для профилактики фибрилляции желудочков у пациентов с WPW, у которых ФП протекает с частым желудочковым ответом, связанным с гемодинамической нестабильностью (уровень доказательности: B).
3. Назначение внутривенно прокаинамида или ибутилида для восстановления синусового ритма у пациентов с WPW, у которых ФП происходит без гемодинамической нестабильности при широких QRS комплексах на кардиограмме (больше или равные 120 мс) (уровень доказательности: C).

Класс IIb

1. Назначение внутривенно хинидина, прокаинамида, дигопирамида или амиодарона гемодинамически устойчивым пациентам с ФП с вовлечением проведения по дополнительному пути (уровень доказательности: B).
2. Немедленная кардиоверсия, если развиваются очень частая тахикардия или гемодинамическая нестабильность у пациентов с ФП с вовлечением проведения по дополнительному пути (уровень доказательности: B).

Класс III

Не рекомендуется внутривенное назначение бета-блокаторов, сердечных гликозидов, дилтиазема или верапамила пациентам с WPW синдромом, у которых имеется предвозбуждение желудочков при ФП (уровень доказательности: B).

4. Гипертиреоз (тиреотоксикоз)

Рекомендации по лечению ФП у пациентов с гипертиреозом

Класс I

1. Назначаются бета-блокаторы при необходимости контролировать частоту желудочкового ответа у пациентов с ФП, осложненной тиреотоксикозом, если это не противопоказано (уровень доказательности: B).
2. При обстоятельствах, когда бета-блокаторы не могут использоваться, назначаются антагонисты кальция (дилтиазем или верапамил) для контроля частоты желудочкового ответа (уровень доказательности: B).
3. У пациентов с ФП связанной с тиреотоксикозом, применяются пероральные антикоагулянты (МНО 2-3) для профилактики тромбоэмболий, как это рекомендовано для пациентов ФП с другими факторами риска инсульта (уровень доказательности: C).

Как только эутиреоидное состояние восстановлено, рекомендации по антитромботической профилактике остаются теми же самыми, что и у пациентов без гипертиреоза (уровень доказательности: C).

5. Беременность

Рекомендации по лечению ФП в течение беременности

Класс I

1. Контролировать частоту желудочкового ответа дигоксином, бета-блокатором или антагонистом кальция (уровень доказательности: C).



2. Выполнять электрическую кардиоверсию у пациенток, которые становятся гемодинамически нестабильными из-за аритмии (уровень доказательности: С).

3. Назначать антитромботическую терапию (антикоагулянт или аспирин) в любом периоде беременности всем пациенткам с ФП (кроме одиночной ФП) (уровень доказательности: С).

Класс IIb

1. Делать попытку фармакологической кардиоверсии назначением хинидина, прокаинамида или соталола у гемодинамически устойчивых пациенток, у которых развивается ФП в течение беременности (уровень доказательности: С).

2. Назначать гепарин пациенткам с факторами риска тромбозов в течение первого триместра и в последний месяц беременности. Нефракционированный гепарин может назначаться или непрерывным внутривенным введением в дозе, достаточной для увеличения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в 1,5-2 раза, или периодическими подкожными инъекциями в дозе 10 000-20 000 единиц каждые 12 часов, подобранных до увеличения в середине временного интервала (спустя 6 часов после инъекции) АЧТВ в 1,5 раза от исходного (уровень доказательности: В).

а. Подкожное введение низкомолекулярных гепаринов при этих показаниях недостаточно изучено (уровень доказательности: С).

3. Назначать пероральные антикоагулянты в течение второго триместра пациенткам при высоком риске тромбозов (уровень доказательности: С).

6. Гипертрофическая кардиомиопатия

Рекомендации по лечению ФП у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией

Класс I

Лечите пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, у которых развивается ФП пероральными антикоагулянтами (МНО 2-3), как рекомендовано другим пациентам высокого риска для профилактики тромбозов (уровень доказательности: В).

Класс IIa

Назначайте антиаритмическое лечение для профилактики рецидивов ФП. Доступных данных недостаточно, чтобы рекомендовать какой-то один препарат в этой ситуации, но дизопирамид и амиодарон обычно предпочитают (уровень доказательности: С).

7. Заболевания легких

Рекомендации по лечению ФП у пациентов с заболеваниями легких

Класс I

1. У пациентов, у которых развивается ФП в течение острого или обострения хронического заболевания легких, устранение гипоксемии и ацидоза — первичные терапевтические меры (уровень доказательности: С).

2. У пациентов с обструктивным заболеванием легких, у которых развивается ФП, для контроля желудочкового ответа предпочтительно назначение антагонистов кальция (дилтиазем или верапамил) (уровень доказательности: С).

3. Предпринять попытку электрической кардиоверсии у пациентов с заболеванием легких, которые становятся гемодинамически нестабильными из-за ФП (уровень доказательности: С).

Класс III

1. Не рекомендуется применять теофиллин и β -адреноблокаторы у пациентов с бронхоспастическими заболеваниями легких, у которых развивается ФП (уровень доказательности: С).

2. Не рекомендуется применять β -блокаторы, соталола, пропафенон и аденозин у пациентов с обструктивными заболеваниями легких, у которых развивается ФП (уровень доказательности: С).

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что лечение аритмий сердца требует от врача осторожности, взвешенности решений и необходимости постоянно помнить завет Гиппократов «*primum non nocere*!» (не навреди). Проведя курс антиаритмической терапии, отменить препарат целесообразно не резко, а постепенно. Это связано с возможностью «синдрома отмены», который нередко наблюдается, в частности, при использовании β -адреноблокаторов, а иногда и других препаратов, за исключением амиодарона. Кроме того, постепенное прекращение приема лекарства, как правило, соответствует психологической настроенности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аритмии сердца. Механизмы, диагностика, лечение. Под ред. В.Дж. Мандела, М.: Медицина, — 1996. В 2 томах.
2. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Российские рекомендации. М., 2005. — Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005; 4 (приложение 2): 1-28.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Российские рекомендации ВНОК Национальные клинические рекомендации. М., 2009; — С. 343-373.
4. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий. СПб: Фолиант, 1999. — 176 с.
5. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Лебедева О.В., Киктев В.Г. Амиодарон (кордарон): место в современной антиаритмической терапии. — Клин. фармакология и терапия, 1999. 4: 2-7.
6. Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции, 2006 г.
7. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary. — Europ. Heart J., 2006; 27: 1979-2030.
8. AFFIRM First Antiarrhythmic Drug Substudy Investigators. Maintenance of sinus rhythm in patients with atrial fibrillation. — JACC, 2003; 42: 20-29.
9. Fuster V. et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. — Europ. Heart J., 2001; 22: 1852-1923.