

Профилактические мероприятия у больных с фибрилляцией предсердий

И.И. Чукаева, А.И. Хачирова

*Кафедра поликлинической терапии Московского факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова*

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмии. С ФП связана примерно треть всех госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. Фибрилляция предсердий резко повышает риск тромбоэмболий, особенно инсультов, приводит к дисфункции левого желудочка и снижает качество жизни, поэтому участковый терапевт должен быть знаком с современными рекомендациями по профилактике у больных с ФП.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, профилактика.

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмии, с которой связана примерно треть всех госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. В связи с общим старением населения и увеличением выживаемости кардиологических больных распространенность ФП растет. В популяционных исследованиях выявлено, что распространенность ФП составляет <1% у людей моложе 60 лет, >6% — у лиц в возрасте старше 60 лет и около 12% — у лиц старше 75 лет.

Фибрилляция предсердий сама по себе может не представлять непосредственной угрозы для жизни, но она резко повышает риск тромбоэмболий, приводит к дисфункции левого желудочка и существенно снижает качество жизни. Хотя большинство пациентов с пароксизмальной ФП считают, что аритмия нарушает их стиль жизни, но это ощущение не зависит ни от продолжительности, ни от частоты приступов, со-

провождающихся клиническими проявлениями.

У ФП может не быть ярких **клинических проявлений** (как, например, при экстрасистолии или стенокардии), и ее осложнения — тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) или сердечная недостаточность (СН) — развиваются исподволь и бывают порой первым проявлением заболевания. Жалобы на сердцебиение довольно редки. Чаще беспокоят одышка при физической нагрузке, утомляемость, боли в грудной клетке, головокружение, внезапное появление чувства тревоги, раздражительность. Даже у одного и того же больного ФП может как сопровождаться симптомами, так и протекать бессимптомно.

Хорошо известно, что ФП повышает риск развития инсультов. Во Фремингемском исследовании показано, что ФП — независимый фактор риска инсульта: при ФП его риск повышен в 5,6 раза по сравнению с риском при синусовом ритме. Если ФП возникает на фоне артериальной гипертензии (АГ) или СН, риск инсульта возрастает в 12 раз. Каждый 6-й инсульт происходит у больного ФП, а бессимптомные

Контактная информация: Чукаева Ирина Ивановна, chukaeva@mail.ru

эмболии обнаруживаются при компьютерной томографии головного мозга у 26% пациентов. Поэтому участковый терапевт должен быть знаком с современным подходом к проведению профилактических мероприятий у больных ФП.

Тактику ведения больных с ФП определяют следующие факторы:

- вид ФП;
- давность аритмии;
- симптомы, сопровождающие ФП, и ее переносимость;
- этиология ФП;
- наличие экстракардиальных причин и преходящих предрасполагающих факторов;
- риск тромбозов;
- риск проаритмических и других нежелательных эффектов (НЭ) противоаритмических препаратов.

Этиология ФП

Фибрилляция предсердий может быть связана с временными причинами — приемом алкоголя (синдром “праздничного сердца”), хирургическими вмешательствами (ФП часто осложняет хирургические операции на сердце или грудной клетке), острыми заболеваниями сердца, сосудов, легких, нарушениями метаболизма (таблица).

Чаще ФП обусловлена органическим заболеванием сердца — клапанными пороками (чаще всего митрального клапана), ишемической болезнью сердца (ИБС) и АГ, особенно в сочетании с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), кардиомиопатиями, врожденным пороком сердца (особенно дефектом межпредсердной перегородки у взрослых). Часто ФП развивается у пациентов с пролапсом митрального клапана (даже без недостаточности), кальци-

Причины развития фибрилляции предсердий

Острые (временные) причины ФП	Прием алкоголя Хирургическое вмешательство Поражение электротоком Острый инфаркт миокарда Перикардит Миокардит ТЭЛА Заболевания легких Гипертиреоз и другие нарушения метаболизма
ФП при органическом заболевании сердца	Клапанные пороки (чаще митральный) ИБС, чаще в сочетании с ГЛЖ АГ, чаще в сочетании с ГЛЖ Кардиомиопатия гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная (амилоидоз, гемохроматоз, эндомиокардиальный фиброз) Врожденный порок сердца Опухоли сердца Констриктивный перикардит Пролапс митрального клапана Кальциноз митрального кольца Хроническое легочное сердце Идиопатическая дилатация правого предсердия
ФП без органической патологии сердца	Синдром обструктивного апноэ во время сна Семейные случаи ФП Неврогенная ФП (вагусная форма, адренергическая форма)

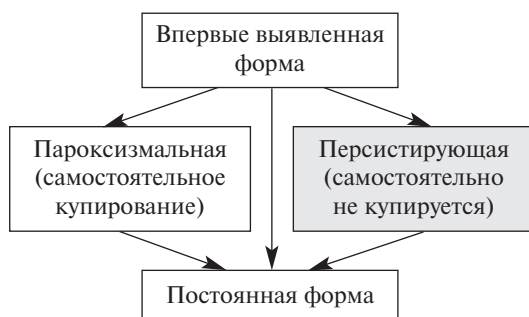


Рис. 1. Классификация ФП (Европейское кардиологическое общество, 2006).

нозом митрального кольца, хроническим легочным сердцем.

Описана неврогенная ФП. Ее вагусный вариант характеризуется появлением ночью, во время отдыха или после еды, ему предшествует прогрессирующая брадикардия. Напротив, адренергическая форма преимущественно провоцируется физической нагрузкой или эмоциональным стрессом, часто сопровождается полиурией.

Наиболее распространенными причинами ФП служат ИБС, АГ, гипертиреоз, митральные пороки сердца и алкогольное поражение миокарда.

Вид аритмии

Клиницисту следует выделять впервые возникший эпизод ФП вне зависимости от того, сопровождался он какими-либо клиническими проявлениями или купировался самостоятельно. Нужно учитывать, что длительность приступа ФП может быть неопределенной, а предыдущие эпизоды могли пройти незамеченными.

Если у пациента было два приступа и более, то ФП считается рецидивирующей. Если приступ купируется самостоятельно, то такой вариант аритмии в случае ее повторения носит название пароксизмальной формы ФП. Если ФП продолжается более 7 дней, такая форма называется персистирующей (независимо от возможности ее устранения при помощи медикаментозной терапии или электрической кардиовер-

сии). Впервые выявленная ФП может быть как пароксизмальной, так и персистирующей. К персистирующей форме ФП относятся также случаи длительно существующей ФП (например, более 1 года), которые обычно трансформируются в постоянную форму ФП, при которой попытки кардиоверсии либо не предпринимались, либо являются неэффективными (рис. 1).

Названные категории ФП не являются взаимоисключающими: у одного пациента может быть несколько приступов пароксизмальной ФП и эпизод персистирующей ФП или наоборот. Если с формой ФП трудно определиться, можно использовать термин “промежуточная (интермиттирующая) форма ФП”. Определение постоянной формы ФП часто бывает спорным.

Профилактические мероприятия у пациентов с ФП

В то время как имеются многочисленные эффективные методы, позволяющие восстановить синусовый ритм, возможность профилактики приступов ФП весьма ограничена.

Из общих профилактических мероприятий пациентам с ФП следует рекомендовать отказаться от кофе, крепкого чая, алкоголя, курения. Полезными могут оказаться прием пищи небольшими порциями, борьба с метеоризмом и запорами.

Для пароксизмальной формы ФП характерна способность к самопроизвольному прекращению — приступ обычно длится менее 1 нед. Основной целью в этом случае является восстановление синусового ритма и медикаментозная профилактика рецидивов аритмии (рис. 2). При этом если приступ длится более 48 ч, перед восстановлением синусового ритма необходима антикоагулянтная подготовка (чаще используется гепарин). Если ФП обусловлена внекардиальными причинами, необходимо их выявить и устранить.

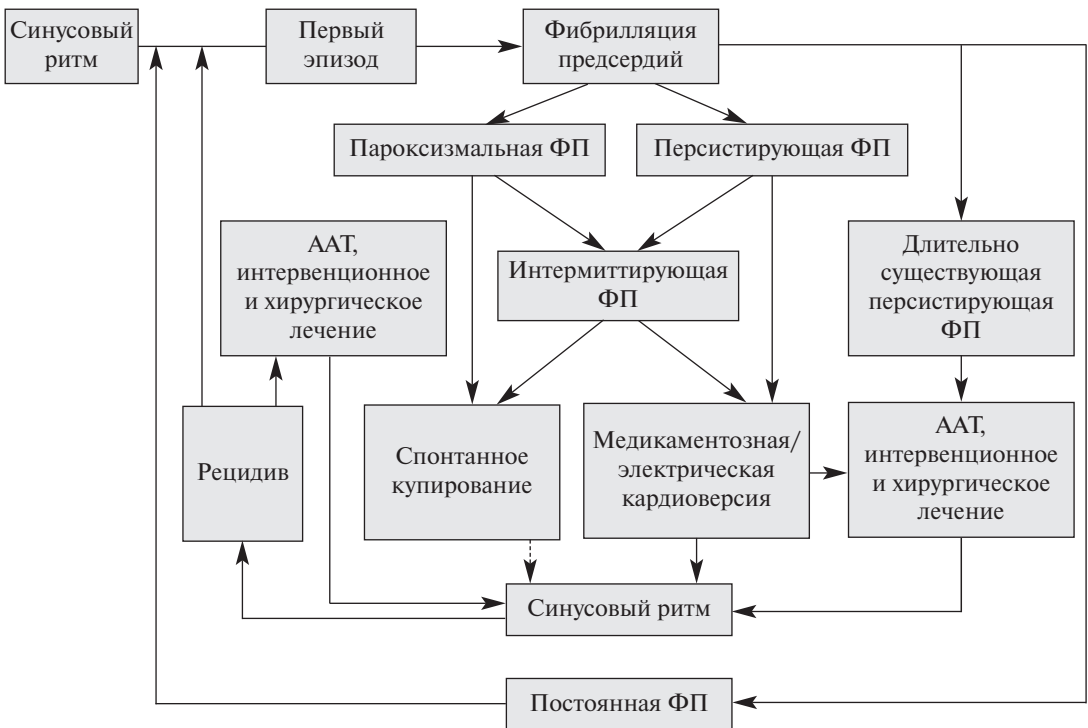


Рис. 2. Классификация и методы лечения ФП (Рекомендации рабочей группы ВНОА, АССХ, ВНОК). ААТ – антиаритмическая терапия.

Поскольку при пароксизмальной форме ФП после восстановления синусового ритма в половине случаев возникают повторные пароксизмы в течение года, необходимо решить вопрос о назначении антиаритмических препаратов.

Профилактика пароксизмов ФП

У больных с кратковременными или бессимптомными рецидивами пароксизмальной ФП по возможности следует избегать применения антиаритмических препаратов, однако выраженная симптоматика обычно служит показанием к их применению (рис. 3). Контроль частоты сокращения желудочков и профилактика тромбоэмболии необходимы в любом случае. У конкретного пациента эффективными могут оказаться несколько различных антиаритмических препаратов, поэтому

начальный выбор препарата базируется в основном на его безопасности.

У больных без органических заболеваний сердца или с их минимальными проявлениями для начальной антиаритмической терапии можно рекомендовать флекаинид, пропафенон или соталол, так как эти препараты обычно хорошо переносятся и лишены внесердечных НЭ. При неэффективности какого-либо из этих препаратов или развитии НЭ можно назначить препараты второй линии (амиодарон, дофетилид, дизопирамид, прокаинамид, хинидин), у которых риск НЭ выше. Нефармакологический подход используется у части пациентов, поэтому следует рассмотреть возможность его применения до начала терапии амиодароном; также он может быть методом выбора при пароксизмальной непрерывно рецидивирующей наджелудочковой тахикардии и ФП. Иногда можно обнару-



Рис. 3. Лечение больных с рецидивирующей пароксизмальной ФП (Клинические рекомендации ВНОА, 2009). ВПВ — верхняя полая вена, ВС — венечный синус, ЛВ — легочная вена, ЛП — левое предсердие, НЖТ — наджелудочковая тахикардия, РЧА — радиочастотная абляция, ЧЖС — частота желудочковых сокращений.

жить провоцирующий фактор возникновения аритмии — например, активацию парасимпатической нервной системы при вагусной форме ФП (при этом препаратами первой линии являются дизопирамид и флекаинид) или катехоламинчувствительную форму ФП, при которой применяют β -блокаторы или соталол.

Многих пациентов с органическим заболеванием сердца можно отнести к одной из категорий по превалированию СН, ИБС или АГ. У больных с СН для поддержания синусового ритма наиболее безопасны амиодарон и дофетилид. Больным ИБС часто показаны β -блокаторы, а препаратом выбора при отсутствии СН считается соталол, сочетающий в себе β -блокирующие свойства и первичное антиаритмическое действие, тогда как амиодарон и дофетилид относятся ко второй линии. У больных АГ без ГЛЖ безопасны и служат препаратами выбора препараты, которые не удлиняют реполяризацию (флекаинид и пропафенон). При их неэффективности или развитии НЭ показаны амиодарон, дофетилид или соталол, а препаратами третьей линии

являются дизопирамид, прокаинамид и хинидин (рис. 4).

Для профилактики пароксизмов ФП наиболее часто используется **амиодарон**. В первые 7–10 дней его назначают в дозе 600–800 мг/сут, а затем на длительное время по 200–400 мг/сут 5 дней в неделю под контролем частоты сердечных сокращений и ЭКГ. Особенностью этого препарата является незначительно выраженный кардиодепрессивный эффект, что позволяет использовать его у больных с СН. При длительном приеме (около 3 лет) профилактическая эффективность его достигает 80%. Однако амиодарон при длительном приеме может значительно урежать ритм сердца, нарушать проведение по атриовентрикулярному узлу и ножкам пучка Гиса, увеличивать продолжительность интервала QT. Поэтому необходимо четко контролировать ЭКГ, чтобы своевременно выявить указанные изменения и принять адекватные меры, позволяющие предупредить жизнеугрожающие аритмии.

При длительном приеме амиодарона нередко возникает феномен “ускользания аритмии” — постепенная потеря активнос-

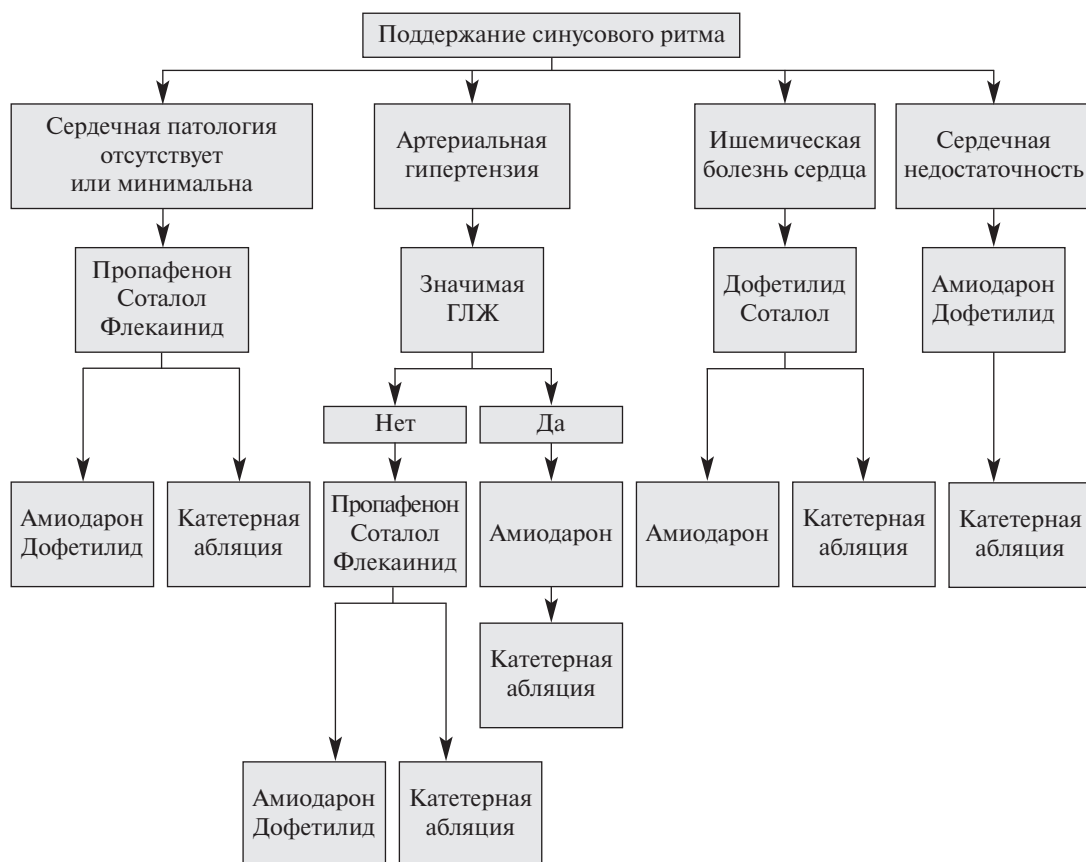


Рис. 4. Поддержание синусового ритма при рецидивирующей интермиттирующей и персистирующей ФП (Клинические рекомендации ВНОА, 2009).

ти препарата при использовании постоянной дозы. В таких случаях необходимо вместо амиодарона временно назначить антиаритмический препарат другого класса, а через 3–6 мес вновь перейти на поддерживающие дозы амиодарона. При длительном приеме амиодарона повышается риск развития серьезных НЭ со стороны легких, щитовидной железы, роговицы глаз, кожи.

Для сохранения синусового ритма у больных с наджелудочковыми аритмиями может использоваться другой препарат III класса – **соталол**. В многоцентровом исследовании было показано, что через 12 мес после купирования постоянной формы ФП электрической кардиоверсией синусовый

ритм сохранялся у 47–55% больных, получавших соталол (Голицын С.П. и др., 2003).

При неудаче фармакотерапии следует рассмотреть возможность применения для поддержания синусового ритма нефармакологических методов – **катетерной абляции**. При изолированной ФП этот метод может быть первой линией лечения, а при наличии АГ, ИБС или СН – второй линией.

Профилактика тромбоэмболий

В клинической практике, к сожалению, антитромботическая терапия пациентам с ФП назначается необоснованно редко. Необходимо помнить, что риск тромбоэмболии существенно повышен у пациентов с ФП, особенно при наличии факторов

риска. Согласно Клиническим рекомендациям Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с ФП (2010) **факторы риска развития инсульта и тромбоэмболий у пациентов с ФП** делятся на две группы:

- “большие” факторы риска — перенесенный инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие системные тромбоэмболии, а также возраст >75 лет;
- клинически значимые факторы риска — СН или дисфункция левого желудочка (фракция выброса $<40\%$), АГ, сахарный диабет, женский пол, возраст 65–75 лет, перенесенный инфаркт миокарда, заболевания периферических артерий.

Подходы к профилактике тромбоэмболий у пациентов с ФП различаются в зависимости от наличия факторов риска. При наличии одного “большого” фактора или двух клинически значимых факторов назначают пероральные антикоагулянты, поддерживая международное нормализованное отношение в пределах 2,0–3,0. Если же у пациента имеется в наличии один клинически значимый фактор риска, то назначают пероральный антикоагулянт (предпочтительнее) или ацетилсалициловую кислоту в дозе 75–325 мг/сут. Если у

пациента нет факторов риска, то назначают ацетилсалициловую кислоту в таких же дозах или не применяют антитромботическую терапию.

Следует помнить, что смертность пациентов с ФП приблизительно в 2 раза выше, чем людей с синусовым ритмом. Применяя в своей работе клинические рекомендации по лечению и профилактике ФП, врач сможет продлить жизнь таким больным.

Рекомендуемая литература

Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. М.: Медпрактика-М, 2005. 228 с.

Аритмология : клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств. М.: Гэотар-Медиа, 2009. 303 с.

Новикова Н.А., Гиляров М.Ю., Полтавская М.Г., Сыркин А.Л. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца: общие принципы. М.: Мед. информ. агентство, 2007. 72 с.

Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2010. V. 31. P. 2369–2429.

Prevention in Patients with Atrial Fibrillation

I.I. Chukaeva and A.I. Khachirova

Atrial fibrillation (AF) is the most common kind of arrhythmia in clinical practice. About one third of all arrhythmic hospitalizations is caused by AF. Atrial fibrillation increases risk of thromboembolism significantly, and cerebral strokes especially. AF causes left ventricular dysfunction and decreases life quality. General practitioner should know contemporary guidelines about prevention in AF patients.

Key words: atrial fibrillation, prevention.



Продолжается подписка на журнал **“Лечебное дело” — периодическое учебное издание РГМУ**

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” — 60 руб., на один номер — 30 руб.

Подписной индекс 20832.