

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ

ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА МИЛЛЕР, докт. мед. наук, проф. кафедры неотложной терапии ФПК и ППв
ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» (8-905-955-70-40; e-mail: miller@online.nsk.su)

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, тактика ведения.

MANAGEMENT POLICY FOR PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AT PREHOSPITAL, HOSPITAL AND OUTPATIENT STAGES

O. N. MILLER

Key words: atrial fibrillation, management policy.

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающееся нарушение сердечного ритма. Частота ФП в популяции составляет 0,4—1% и увеличивается с возрастом пациентов. Персистирующая форма встречается приблизительно в 40% всех случаев ФП. В последние два десятилетия частота госпитализаций пациентов с ФП увеличилась в 2—3 раза, что связывают с постарением населения, увеличением распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также более частым использованием приборов для мониторинга электрокардиограммы. У 10—40% пациентов с ХСН регистрируется фибрилляция предсердий, которая снижает переносимость физических нагрузок и ухудшает прогноз (SOLVD). При этой аритмии исчезает систола предсердий, и сердечный выброс снижается примерно на 25%. Кроме того, тахикардия приводит к уменьшению наполнения левого желудочка во время непродолжительной диастолы и снижению ударного объема крови.

В последние годы активно подвергаются сравнительному анализу два основных направления в лечении больных с рецидивирующей ФП: восстановление синусового ритма и контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) при сохраняющейся тахикардии. Результаты многоцентровых исследований RACE и AFFIRM не обнаружили достоверных отличий в прогнозе больных при сравнении стратегий контроля ритма и контроля ЧЖС при ФП, а также пациенты не отличались по риску госпитализаций в связи с ухудшением сердечной недостаточности.

Выбор наиболее рациональной стратегии у каждого конкретного пациента зависит от многих факторов, и далеко не последнюю роль в этом играет форма ФП. Согласно международным рекомендациям (ACC/AHA/ESC, 2006) выделяют следующие формы ФП:

- 1) впервые возникшая — пароксизмальная или персистирующая;
- 2) рецидивирующая — пароксизмальная или персистирующая;
- 3) постоянная.

Врачу на этапе первого контакта с пациентом, имеющим ту или иную форму фибрилляцию предсердий, необходимо решить несколько достаточно сложных вопросов:

1. Нуждается ли данный больной в восстановлении синусового ритма или ему требуется медикаментозная коррекция ЧЖС (учитывается форма фибрилляции предсердий, ее длительность, размеры левого предсердия, наличие тромбозомболических осложнений в анамнезе, наличие электролитных расстройств и заболевания щитовидной железы и др.).

2. Оценить безопасность восстановления синусового ритма на догоспитальном этапе: наличие клапанных пороков сердца, тяжелых органических поражений миокарда (постинфарктный кардиосклероз, дилатационная кардиомиопатия, выраженная гипертрофия миокарда), заболеваний щитовидной железы (гипер- и гипотиреоз), наличие и тяжесть хронической сердечной недостаточности.

3. Если пациент нуждается в восстановлении синусового ритма, то нужно ли это делать на догоспитальном этапе, либо эта процедура должна проводиться в плановом порядке в стационаре после необходимой подготовки.

4. Если пациент нуждается в восстановлении синусового ритма на догоспитальном этапе, необходимо выбрать способ его восстановления: медикаментозная или электрическая кардиоверсия или электроимпульсная терапия (ЭИТ).

Решение вопроса о необходимости восстановления синусового ритма на догоспитальном этапе зависит, в первую очередь, от сочетания 2 факторов: формы фибрилляции предсердий и наличия и тяжести расстройств гемодинамики и/или ишемии миокарда.

Показания к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе:

1. Длительность ФП < 48 ч (алгоритм 1).
2. Длительность ФП > 48 ч (алгоритм 2) в сочетании с:
 - выраженной одышкой и влажными хрипами в легких;

**Рекомендации АСС/АНА/ЕСС (2006)
по фармакологической кардиоверсии при ФП
длительностью более 7 дней (персистирующая форма)**

Препараты	Путь применения	Класс рекомендаций	Уровень доказанности
<i>Препараты с доказанной эффективностью</i>			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIa	A
Ибутилид	В/в	IIa	A
<i>Менее эффективные или недостаточно изученные препараты</i>			
Дизопирамид	В/в	IIb	B
Флекаинид	Внутрь	IIb	B
Прокаинамид	В/в	IIb	C
Пропафенон	Внутрь или в/в	IIb	B
Хинидин	Внутрь	IIb	B
<i>Не следует применять</i>			
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	B
Соталол	Внутрь или в/в	III	B

Примечание. Дозы препаратов в клинических исследованиях могут не соответствовать рекомендациям производителей.

Несомненно, мы понимаем, что некоторых ААП в России на фармацевтическом рынке нет и, возможно, не будет в ближайшее время, хотя у этих антиаритмиков очень высокий уровень доказанности при купировании ФП. Поэтому в данных методических рекомендациях говорится о дозах и способах применения только тех, лекарственных средств, которые имеются в арсенале врачей скорой медицинской помощи или лечебно-профилактических учреждений.

Альтернативой тактике лечения может быть назначение нагрузочной дозы таблетированных антиаритмических препаратов, что позволяет добиться восстановления ритма не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях — стратегия «таблетка в кармане». Использование антиаритмической терапии *per os* для восстановления ритма, может значительно улучшить качество жизни пациентов с персистирующей формой ФП. Эффективность однократного приема пропафенона (пропанорма*) в дозе 450—600 мг составляет 88,2% (рис. 1).

Преимущества использования стратегии «таблетка в кармане»

1. Наиболее эффективна у пациентов с редкими пароксизмами ФП, когда тактика лечения может сводиться только к назначению купирующей антиаритмической терапии.

2. Быстрое восстановление синусового ритма после приема пропафенона (эффективность 56—88,2%), отсутствие тяжелых побочных эффектов.

3. Отсутствие необходимости в госпитализации, что позволяет значительно улучшить качество жизни больных.

4. Самостоятельно купировать аритмию самим больным в амбулаторных условиях, уменьшая стоимость затрат на медицинское обслуживание.

5. Первый прием нагрузочной дозы пропафенона (пропанорма*) должен быть произведен под наблюдением лечащего врача, после чего можно рекомендовать использовать пропафенон (пропанорма*) амбулаторно для купирования пароксизмов ФП.

- артериальной гипотензией <90/60 мм рт.ст., вызванной тахикардией;
- ангинозными болями, признаками ишемии миокарда на ЭКГ (депрессия ST, подъем ST, отрицательный зубец T);
- ЧСС >150 в 1 мин.

Показания к госпитализации

1. Впервые выявленная ФП.
2. Пароксизмальная ФП при безуспешности медикаментозной кардиоверсии.
3. Пароксизмальная ФП, сопровождавшаяся расстройствами гемодинамики или ишемией миокарда, которую удалось купировать медикаментозно либо с помощью электрической кардиоверсии.
4. При развитии осложнений антиаритмической терапии.
5. Часто рецидивирующие пароксизмы ФП (для подбора антиаритмической терапии).
6. При постоянной форме фибрилляции предсердий госпитализация показана при высокой тахикардии, нарастании сердечной недостаточности (для коррекции медикаментозной терапии).

Какие препараты (табл. 1, 2) следует использовать при пароксизмальной форме ФП?

Таблица 1

**Рекомендации АСС/АНА/ЕСС (2006)
по фармакологической кардиоверсии при ФП
длительностью менее 7 дней, включительно
(пароксизмальная форма)**

Препараты	Путь применения	Класс рекомендаций	Уровень доказанности
<i>Препараты с доказанной эффективностью</i>			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Флекаинид	Внутрь или в/в	I	A
Ибутилид	В/в	I	A
Пропафенон	Внутрь или в/в	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIa	A
<i>Менее эффективные или недостаточно изученные препараты</i>			
Дизопирамид	В/в	IIb	B
Прокаинамид	В/в	IIb	B
Хинидин	Внутрь	IIb	B
<i>Не следует применять</i>			
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	A
Соталол	Внутрь или в/в	III	A

Примечание. Дозы препаратов в клинических исследованиях могут не соответствовать рекомендациям производителей.

Комментарии:

1. Если обобщить табличные данные по классу рекомендаций и уровню доказанности, оценить наличие антиаритмических препаратов (ААП) на российском фармацевтическом рынке, то будет понятно, что из имеющихся в арсенале лекарственных средств при пароксизмальной ФП следует использовать пропафенон и/или амиодарон.

2. С другой стороны, не надо упорствовать, если пациент указывает на то, что именно новокаинамид, вводимый внутривенно, купирует эпизоды ФП.

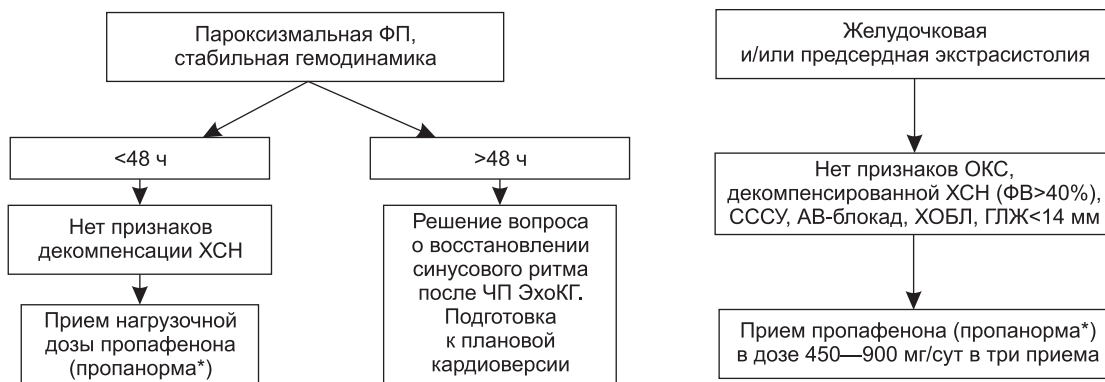


Рис. 1. Тактика применения пропafenона (пропанорма*) при ФП

6. Абсолютными противопоказаниями для назначения пропafenона являются дисфункция синус-атриального или АВ-узлов, блокада ножек пучка Гиса, удлинение интервала QT, синдром Бругада, острый коронарный синдром (ОКС) и декомпенсированная ХСН.

7. Относительными противопоказаниями для его назначения могут быть хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) — бронхиальная астма и обструктивный бронхит.

При использовании амиодарона используют следующую тактику его введения:

1. Внутривенно: 5—7 мг/кг веса в течение 10—15 мин на 5% растворе глюкозы или в течение 30—60 мин на поляризующей смеси (например, при массе тела 60 кг ввести 300 мг препарата внутривенно в течение 10—15 мин или в виде инфузии в течение 30—60 мин).

2. Если эпизод ФП не купировался назначается амиодарон в таблетированной форме до общей дозы 10 г (схему назначения препарата смотри ниже).

3. При наличии ХСН: амиодарон 150 мг внутривенно за 10—15 мин.

Если ритм не восстановлен, то возможно применение амиодарона в таблетированной форме.

1. Внутрь (в стационаре): 1,2—1,8 г (1200—1800 мг) в день в несколько приемов до общей дозы 10 г, затем поддерживающая доза.

2. Например, если назначается 6 таблеток в день, то длительность приема может составлять ≈ 8 дней (без перерывов). Следить за интервалом QT. При удлинении интервала на 10—15% необходимо перейти к поддерживающей дозе.

3. Например, если назначается 9 таблеток в день, то длительность приема может быть ≈ 5—6 дней. При удлинении интервала QT на 10—15% необходимо перейти к поддерживающей дозе.

4. Внутрь (амбулаторно): 600—800 мг (т.е. по 3 или 4 таблетки в день в несколько приемов до общей дозы 10 г (длительность приема от 12 до 16 дней). При удлинении интервала QT на 10—15% перейти на поддерживающую дозу.

При постоянной форме ФП, сопровождающейся тахисистолией желудочков, на догоспитальном этапе целесообразно ограничиться медикаментозной терапией, направленной на урежение ЧЖС, уменьшением признаков левожелудочковой недостаточности, коррекцией АД и купированием болевого синдрома, если таковые имеют место при ФП, и последующей госпитализацией больного (табл. 3, 4).

Острые ситуации

Таблица 3

Внутривенные препараты для контроля ЧЖС у больных с ФП

Препарат	Насыщающая доза	Начало действия	Поддерживающая доза
<i>Острые ситуации: контроль ЧЖС у больных без ДПП</i>			
Дилтиазем (I, B)	0,25 мг/кг в/в в течение 2 мин	2—7 мин	Инфузия 5—15 мг в час в/в
Эсмолол (I, C)	500 мкг/кг в/в в течение 1 мин	5 мин	60—200 мкг/кг/мин в/в
Метопролол (I, C)	2,5—5,0 мг в/в болюсно в течение 2 мин; до 3 доз	5 мин	Неприменимо
Пропранолол (I, C)	0,15 мкг/кг в/в	5 мин	Неприменимо
Верапамил (I, B)	0,075—0,15 мг/кг в/в в течение 2 мин	3—5 мин	Неприменимо
<i>Контроль ЧЖС у больных с ДПП</i>			
Амиодарон (II, C)	150 мг в течение 10 мин	Дни	0,5—1 мг/мин в/в
<i>Контроль ЧЖС у больных с ХСН без ДПП</i>			
Дигоксин (I, B)	0,25 мг в/в каждые 2 часа до 1,5 мг	60 мин и более	0,125—0,25 мг/сут в/в или внутрь
Амиодарон (II, C)	150 мг в течение 10 мин	Дни	0,5—1 мг/мин в/в

Таблица 4

Препараты для применения внутрь с целью контроля ЧЖС у больных с ФП (неострые ситуации и поддерживающая доза)

Препарат	Нагрузочная доза	Начало действия	Поддерживающая доза
<i>Контроль ЧЖС</i>			
Дилтиазем (I, B)	Соответствует поддерживающей дозе	2—4 ч	120—360 мг/сут; существует форма с замедленным высвобождением
Метопролол (I, C)	Соответствует поддерживающей дозе	4—6 ч	25—100 мг 2 раза в день внутрь
Пропранолол (I, C)	Соответствует поддерживающей дозе	60—90 мин	80—240 мг/сут внутрь

Препарат	Нагрузочная доза	Начало действия	Поддерживающая доза
Верапамил (I, B)	Соответствует поддерживающей дозе	1—2 ч	120—360 мг/сут; существует форма с замедленным высвобождением
<i>Контроль ЧЖС у больных с ХСН без ДПП</i>			
Амиодарон (IIb, C)	800 мг/сут в течение 1 нед внутрь, 600 мг/сут в течение 1 нед, 400 мг/сут в течение 4—6 нед	1—3 нед	200 мг/сут внутрь
Дигоксин (I, C)	0,5 мг внутрь	2 дня	0,125—0,375 мг/сут внутрь

Критерии контроля ЧЖС при ФП

ЧЖС считается контролируемой, когда она варьирует между 60 и 80 уд/мин в покое и 90—110 уд/мин умеренной функциональной недостаточности (ФН). Чаще всего при впервые выявленной ФП применяется следующая тактика:

1. Контроль ЧЖС по мере необходимости, чаще всего, с помощью β -адреноблокаторов и/или дигоксина.
2. Антикоагулянты (варфарин) или дезагреганты (ацетилсалициловая кислота) для профилактики тромбоэмболических осложнений.
3. Обсуждение вопроса антиаритмической терапии.
4. Обсуждение вопроса о целесообразности восстановления синусового ритма (табл. 5).
5. После восстановления синусового ритма на 1 мес назначается ААП с целью предупреждения рецидива ФП (длительная терапия не требуется) и антикоагулянт или дезагрегант.

Задачи стационарного этапа:

1. Лечение осложнений, связанных с тахикардией (уменьшение признаков признаков сердечной недостаточности и ишемии миокарда, если таковые имели место).
2. Решение вопроса о целесообразности восстановления синусового ритма для каждого пациента индивидуально.
3. Подбор адекватной (возможно комбинированной) антиаритмической терапии (ААТ) для удержания синусового ритма.
4. Подготовка больного к плановой электрической кардиоверсии.

При решении вопроса о восстановлении синусового ритма необходимо взвешивать все «за» и «против», учитывая критерии, представленные в табл. 5. В основном при невосстановленном синусовом ритме в стационаре осуществляется контроль ЧЖС с помощью лекарственных средств.

Если у пациента восстановился синусовый ритм, либо он госпитализирован в стационар с таковым, то при выборе ААП рекомендуется действовать согласно следующим алгоритмам, поскольку пациенты с ФП и восстановленным синусовым ритмом могут быть отнесены к той или иной группе:

Группа I. Пациенты с первым или впервые выявленным пароксизмом ФП:

А. У пациента произошло спонтанное восстановление синусового ритма.

В. Пароксизм ФП купирован с помощью фармакологической или электрической кардиоверсии.

Комментарий: вероятность рецидива ФП неизвестна. Длительная ААТ не оправдана. Таким пациентам на 1 мес назначаются ААП с целью удержания синусового ритма. На 1 мес назначается антитромботический препарат, при условии отсутствия риска факторов тромбоэмболии, о которых будет сказано ниже. Если риск тромбоэмболических осложнений высокий или средний, то применение непрямых антикоагулянтов (варфарин) назначается пожизненно.

Группа II. Пациенты с рецидивирующими пароксизмами ФП (без предшествующей ААТ):

А. Пациенты с бессимптомными пароксизмами ФП (по результатам ХМ ЭКГ).

Комментарий: роль ААТ в профилактике рецидивов пароксизмов ФП достоверно не определена, но рекомендуется постоянный прием антитромботической терапии.

В. Пациенты с эпизодами ФП, сопровождающейся клинической симптоматикой, но реже 1 раза в 3 мес.

Комментарий: купирование приступа ФП или контроль ЧЖС (см. табл. 5).

С. Пациенты с приступами ФП и клинической симптоматикой, но чаще 1 раза в 3 мес.

Комментарий: оправдано длительное назначение ААТ для профилактики пароксизмов ФП, антикоагулянтов или рассматривается хирургическое лечение.

Группа III. Пациенты с рецидивирующими пароксизмами ФП и неэффективной ААТ:

А. Пациенты с бессимптомными пароксизмами ФП.

Комментарий: попытка подбора более эффективных ААП(?) (клинические исследования проводятся), антикоагулянтов, возможно хирургическое лечение.

Таблица 5

Обстоятельства, которые следует учитывать при решении вопроса о восстановлении синусового ритма

Восстановление ритма и назначение ААП	Сохранение ФП и контроль ЧЖС
1. Симптомы ХСН или слабость нарастают в отсутствии синусового ритма	1. Отсутствие ухудшения симптоматики на фоне ФП, если ЧЖС контролируется
2. Гипертрофия или выраженное нарушение функции ЛЖ	2. Нормальная или почти нормальная функция ЛЖ
3. Размер ЛП менее 50 мм	3. Размер ЛП более 50 мм
4. Длительность ФП менее 1 года	4. Длительность ФП более 1 года
5. Молодые, активные больные	5. Пожилые, малоактивные люди
6. Наличие пароксизмальной ФП	6. Стойкая ФП
7. Противопоказания для длительной антикоагулянтной терапии	7. Отсутствие противопоказаний к назначению антикоагулянтов
	8. Невозможность удерживать синусовый ритм, несмотря на кардиоверсию и адекватную ААТ

В. Пациенты с пароксизмами и клинической симптоматикой во время ФП, но реже 1 раза в 3 мес.

Комментарий: попытка подбора ААП, антитромботическая терапия, целесообразно хирургическое лечение.

С. Пациенты с пароксизмами ФП чаще 1 раза в 3 мес, сопровождающиеся клинической симптоматикой.

Комментарий: необходимо хирургическое лечение, антитромботическая терапия. При невозможности хирургического лечения — контроль ЧЖС.

Какими препаратами лучше всего удерживать синусовый ритм?

Мета-анализ 35 рандомизированных исследований с использованием восьми ААП показал, что наибольшую эффективность для профилактики пароксизмов ФП имеет пропafenон, а затем уже амиодарон и соталол. При длительном назначении указанных лекарственных средств следует помнить о побочных эффектах (особенно при терапии амиодароном) и наряду с регулярным ЭКГ-мониторированием необходимо контролировать состояние органов-мишеней препарата. При выборе препарата необходимо учитывать основное заболевание, которое явилось причиной ФП, а также его течение и осложнения, связанные с ним (интервал QT до назначения ААП, нарушения внутрижелудочковой проводимости, ФК ХСН и др.).

1. Если ФП возникла у больных без патологии сердца или с его минимальными структурными изменениями (например, пролапс митрального клапана, вегетативно-дисовариальная кардиомиопатия и др.), то профилактическую ААТ следует начинать с антиаритмика I, С класса пропafenона (пропанорма*).

2. Если ААП не предотвращает рецидивы ФП и/или его использование сопровождается побочными эффектами, то можно применить амиодарон или комбинированную ААТ, либо обсудить вопрос о хирургическом лечении тахиаритмии.

3. Лечение фибрилляции и трепетания предсердий у больных с ИБС и застойной сердечной недостаточностью, как правило, ограничивается использованием амиодарона.

4. Артериальная гипертензия, приводящая к гипертрофии миокарда левого желудочка, увеличивает риск развития полиморфной желудочковой тахикардии «torsades de pointes». В связи с этим для предупреждения рецидивов ФП отдается предпочтение антиаритмическим препаратам I, С класса, в частности, пропанорму*, существенно не влияющим на продолжительность реполяризации и интервал QT.

5. Алгоритм фармакотерапии при ФП и АГ представляется следующим: 1) если гипертрофия миокарда ЛЖ больше или равна 1,4 см, то можно использовать амиодарон; 2) если гипертрофии миокарда ЛЖ нет или она менее 1,4 см, то начинать лечение с пропafenона (пропанорма*), а при его неэффективности использовать амиодарон или соталол.

Антитромботическая терапия на стационарном этапе

1. Если больной поступает в стационар с некупированным пароксизмом ФП, то вводится нефракционированный гепарин 5—10 тыс. ЕД с последующим его введением в дозе, достаточной для увеличения АЧТВ в 1,5—2 раза по сравнению с контролем.

2. Параллельно назначается варфарин (стартовая доза — 5 мг/сут) под контролем международного нормализованного отношения (МНО).

3. Одновременное применение гепарина и варфарина обычно составляет четверо суток.

4. Как только МНО достигнет уровня 2,0—3,0 (целое — 2,5), гепарин отменяют и продолжают монотерапию варфарином в течение 3—4 нед до кардиоверсии.

5. При ФП рекомендуется проводить чреспищеводную ЭхоКГ (ЧП ЭхоКГ) поскольку тромбы в предсердиях определяются в 98% случаев (при обычной ЭхоКГ — в 50%).

6. При ФП длительностью более 48 ч и отсутствии предсердных тромбов, по данным ЧП ЭхоКГ, возможна ранняя кардиоверсия без предварительной 3-недельной антикоагулянтной терапии (ACUTE I). В этом случае пациентам назначается либо внутривенная инфузия гепарина, добиваясь при этом увеличения АЧТВ в 1,5—2 раза (50—70 с), либо подкожно вводится низкомолекулярный гепарин (например, эноксапарин 1 мг/кг 2 раза) и проводится кардиоверсия.

7. Данный подход имеет как позитивные стороны — снижение риска кровотечений и времени лечения, так и потенциально негативные — тенденция к повышению смертности (2,4% против 1%, $p=0,06$) и возможно более высокий риск тромбоэмболий по данным мета-анализа ранних исследований ускоренной кардиоверсии (Moreyra E. et al., 1995). Поэтому ранняя кардиоверсия не может пока быть рекомендована для широкого применения (ICSI, 2007).

Для решения вопроса о длительности антитромботической терапии врачу необходимо оценить риск инсульта у больных с неревматической природой ФП согласно шкале CHADS (табл. 6, 7).

Таблица 6

Риск инсульта у больных с неревматической ФП, не получающих лечение антикоагулянтами (индекс CHADS). Cardiac failure (сердечная недостаточность), Hypertension (гипертензия), Age (возраст), Diabetes (диабет) и Stroke/TIA (инсульт или ТИА)

Критерий	Баллы
Инсульт, транзиторные ишемические атаки в анамнезе	2
Возраст > 75 лет	1
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Сердечная недостаточность	1

Примечание. Эти баллы суммируются, рассчитывается ежегодный риск инсульта и выбирается тактика профилактики тромбоэмболических осложнений.

Таблица 7

Шкала CHADS2

Cardiac failure (сердечная недостаточность), Hypertension (гипертензия), Age (возраст), Diabetes (диабет) и Stroke/TIA (инсульт или ТИА)

Количество баллов по CHADS2	Степень риска	Ежегодная частота инсультов, %	Антитромботическая терапия и значения МНО
0	Низкая	1,0	АСК 81—325 мг/сут
1	Умеренно низкая	1,5	АСК или варфарин (МНО 2,0—3,0)
2	Средняя	2,5	Варфарин (МНО 2,0—3,0)
3	Высокая	5,0	Варфарин (МНО 2,0—3,0)
≥4	Очень высокая	>7,0	

Примечание. АСК — ацетилсалициловая кислота; МНО — международное нормализованное отношение.

Врачу необходимо оценить все факторы риска тромбэмболических осложнений у пациентов с ФП и принять правильное решение по применению не прямых антикоагулянтов или дезагрегантов.

Показания для назначения анти тромботических препаратов при ФП

Антикоагулянты (варфарин): *при наличии любого фактора высокого риска, к которым относятся:*

- тромбэмболии в анамнезе (инсульт, транзиторные ишемические атаки);
- митральный стеноз;
- искусственные клапаны сердца.

Плюс 1 или больше факторов умеренного риска, к которым относятся:

- систолическая дисфункция левого желудочка (ФВ \leq 35%);
- хроническая сердечная недостаточность;
- артериальная гипертензия;
- возраст \geq 75 лет;
- сахарный диабет.

Ацетилсалициловая кислота в дозе 75—325 мг/сут:

- нет факторов риска;
- 1 фактор умеренного риска.

Если медикаментозно в стационаре не удалось восстановить синусовый ритм, но есть обстоятельства в пользу проведения плановой электрической кардиоверсии, то:

1. Пациент выписывается из клиники с последующим наблюдением участкового терапевта или кардиолога.

2. Продолжается лечение основного заболевания и назначается ААП для контроля за ЧЖС.

3. Продолжается начатое в стационаре лечение варфарином в течение 3—4 нед (МНО в пределах 2,0—3,0) до проведения кардиоверсии и 4 нед после ее проведения.

4. Перед проведением плановой электрической кардиоверсии или ЭИТ обязательное ЧП ЭхоКГ-исследование.

Перед участковым терапевтом и/или кардиологом могут стоять несколько задач по ведению пациентов с ФП на амбулаторном этапе.

1. Прежде всего это лечение основного заболевания, явившегося причиной ФП.

2. Удержание синусового ритма как можно дольше.

3. Контроль ЧЖС при постоянной форме ФП.

4. Активно пользоваться критериями обстоятельств в решении вопроса о восстановлении синусового ритма.

5. Соблюдать преемственность в рекомендациях, которые были даны в стационаре (например, принятое решение о восстановлении синусового ритма с помощью плановой электрической кардиоверсии).

6. Использовать алгоритмы по тактике и длительности применения ААП и возможностях хирургического лечения больных.

Если больному назначается длительный прием амиодарона, то необходимо осуществлять мониторинг тиреоидной функции (до начала применения препарата):

1. Определение ТТГ.
2. Определение Т4 св. при измененном уровне ТТГ.
3. УЗИ щитовидной железы.
4. Определение уровня антител к тиреоидной пероксидазе.

5. Если нет противопоказаний к амиодарону, то повторное исследование через 3 мес от начала терапии, затем 2 раза в год.

Комбинированная ААТ для удержания синусового ритма

Больным с частыми рецидивами аритмии (более одного в месяц) показан длительный, практически постоянный прием антиаритмических препаратов. Поэтому такая терапия должна отвечать всем современным требованиям, сочетая в себе высокую эффективность, безопасность, положительное влияние на продолжительность и качество жизни.

При этом есть несколько путей решения проблемы профилактики частых рецидивов ФП: 1) создание новых препаратов; 2) оптимизация лечения уже известными антиаритмическими; 3) применение комбинированной фармакотерапии.

Имеются данные о высокой эффективности и хорошей переносимости комбинированной терапии уменьшенными дозами пропafenона, причем допустимой считается комбинация пропafenона с β -адреноблокаторами и блокаторами кальциевых каналов недигидропиридинового ряда. Комбинация пропafenона с амиодароном также рекомендуется некоторым больным по индивидуальным показаниям (Бунин Ю.А. и др., 2008).

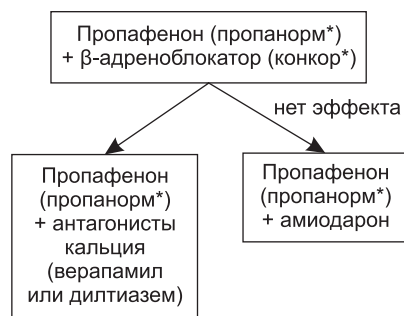


Рис. 2. Тактика комбинированной терапии ФП для удержания синусового ритма

1. Начинать комбинированную терапию желательно с присоединения пропafenона (пропанорма*) к β -адреноблокатору, который широко используется при лечении АГ, ИБС, ХСН.

2. При развертывании антиаритмического эффекта пропafenона (2-е или 3-е сут) доза β -адреноблокатора может быть снижена, так как сам ААП обладает β -блокирующим действием.

3. Комбинированная терапия пропafenоном и верапамилем возможна при условии отсутствия ХСН (верапамил обладает отрицательным инотропным эффектом).

4. Возможно применение пропafenона в сочетании с амиодароном.

5. Комбинированная ААТ начинается с назначения каждого из препаратов в половине среднесуточной дозы.

6. При отсутствии эффекта можно увеличить дозу каждого из препаратов до 2/3 от среднесуточной.

7. При комбинированной терапии у пожилых пациентов используются препараты в половинной дозе.

8. Нельзя забывать, что побочные эффекты ААП усиливаются при применении таковых с сердечными гликозидами, непрямыми антикоагулянтами, что требует уменьшения дозы каждого из них.

Ошибки при лечении ФП

1. Лечебные ошибки при оказании неотложной помощи больным с нарушениями ритма наиболее часто заключаются в необоснованных, часто настоячивых попытках экстренного восстановления синусового ритма при отсутствии показаний к неотложному лечению аритмий.

2. Экстренное восстановление синусового ритма при пароксизме ФП, развившемся более 48 ч назад, или пароксизме неизвестной давности без проведения полноценной профилактики тромбоэмболических осложнений.

3. Среди нередких ошибок следует упомянуть применение нескольких антиаритмических средств, что увеличивает риск проаритмогенных эффектов.

4. К тяжелым, часто непоправимым последствиям приводит назначение антиаритмических средств при аритмическом шоке или отеке легких, вызванном тахикардией (вместо проведения ЭИТ по абсолютным жизненным показаниям).

5. Наконец, среди особо опасных ошибок следует обратить внимание на назначение сердечных гликозидов (реже — верапамила или β -блокаторов) при ФП у пациентов с синдромом WPW.

Хочется надеется, что практическая направленность изложенного материала привлечет внимание и будет полезной для широкого круга специалистов, оказывающих экстренную и плановую помощь больным с фибрилляцией предсердий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунин, Ю.А. Эффективность моно- и комбинированной антиаритмической фармакотерапии пропafenоном в профилактике частых рецидивов пароксизмальной фибрилляции предсердий / Ю.А. Бунин, Л.Ф. Федякина // Российский кардиологический журнал. — 2008. — № 3.
2. Голицин, С.П. Устранение желудочковых аритмий и снижение риска смерти: всегда ли пути в одном направлении? / С.П. Голицин // Сердце. — 2006. — Т. 5, № 1(25). — С. 4—11.
3. Ивашкин, В.Т. Случай тяжелого лекарственного гепатита, индуцированного длительным приемом кордарона / В.Т. Ивашкин, М.С. Жаркова, М.В. Маевская // Российские медицинские вести. — 2009. — Т. 14, № 2. — С. 78—83.
4. Недоступ, А.В. Как лечить аритмии / А.В. Недоступ, О.В. Благова. — 3-е изд. — М., 2008. — С. 21—108.
5. Оганов, Р.Г. Пропафенон в лечении нарушений сердечного ритма (метод. рекомендации) / Р.Г. Оганов, И.Г. Фомина, А.И. Тарзиманова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2007. — № 6(7).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2006 г. № 698 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным мерцательной аритмией».

7. Рекомендации по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий / Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции. — М., 2006. — Гл. 3. — С. 183—238.
8. Руксин, В.В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: краткое руководство / В.В. Руксин. — М., 2007. — С. 51—77.
9. Татарский, Б.А. Пароксизмальные формы фибрилляции предсердий: выбор купирующей терапии / Б.А. Татарский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2007. — № 7(3). — С. 78—85.
10. Фомина, И.Г. Пропафенон при восстановлении синусового ритма у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий. «ПРОМЕТЕЙ» — открытое, мультицентровое пилотное исследование в Российской Федерации / И.Г. Фомина, А.И. Тарзиманова, А.В. Ветлужский [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — № 4. — С. 65—69.
11. ACC/AHA/ESC guidelines for management of patients with atrial fibrillation // Circulation. — 2006. — № 114. — P. 700—852.
12. Atrial fibrillation. — ICSI, 2007.
13. Boriari, G. Oral propafenone to convert recent-onset atrial fibrillation in patients with and without underlying heart disease. A randomized controlled trial. / G. Boriari, M. Biffi, A. Capucci [et al.] // Ann. Intern. Med. — 1997. — № 126. — P. 621—624.
14. Braunwald: Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. — 7th ed. — 2005.
15. Capucci, A. Safety of oral propafenone in the conversion of recent-onset atrial fibrillation to sinus rhythm: a prospective parallel placebo — controlled multicentred study / A. Capucci, G. Villiani, D. Aschieri // Int. J. Cardiol. — 1999. — № 68. — P. 187—196.
16. Crijns, H.J.G.M. Atrial fibrillation: epidemiology, pathogenesis and diagnosis / H.J.G.M. Crijns, M.A. Allesie, G.Y.H. Lip // Cardiovascular medicine / ed. by A.J. Camm. — 2006. — P. 873.
17. Dogan, A. Efficacy of propafenone for maintaining sinus rhythm in patients with recent onset or persistent atrial fibrillation after conversion: a randomized, placebo-controlled study / A. Dogan, O. Ergene, C. Nazli // Acta Cardiol. — 2004. — № 59(3). — P. 255—261.
18. Hirsh, J. Executive Summary: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines / J. Hirsh, G. Guyatt, G.W. Albers [et al.]. — 8th ed. // Chest. — 2008. — Vol. 133. — P. 71S—109S.
19. HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation // Heart. Rhythm. — 2007. — № 4. — P. 2—46.
20. Maintenance of sinus rhythm in patients with atrial fibrillation: an AFFIRM substudy of the first antiarrhythmic drug. AFFIRM First Antiarrhythmic Drug Substudy Investigators // J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — № 42(1). — P. 20—29.
21. Management of Newly Detected Atrial Fibrillation: A Clinical Practice Guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians // Ann. Intern. Med. — 2003. — № 139. — P. 1009—1017.