

Подходы к ведению больных с нарушениями ритма сердца

17 мая 2012 г. в Киеве состоялась II Научно-практическая конференция Ассоциации аритмологов Украины «Интервенционные и медикаментозные подходы к ведению больных с нарушениями ритма сердца», в ходе которой ведущие специалисты Украины, России, Беларуси обсудили проблему профилактики и лечения нарушений ритма сердца, определили направления улучшения организации помощи больным аритмии сердца и предупреждения внезапной аритмической смерти.



Профессор Нестор Середюк, проректор по научной работе, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ивано-Франковской государственной медицинской академии (Ивано-Франковск, Украина), рассказал об особенностях нарушения ритма сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) с синдромом раннего сосудистого старения (Early Vascular Aging — EVA).

Он отметил, что ведение больных АГ с нарушениями ритма сердца является актуальной задачей практической кардиологии, поскольку распространенность АГ в Украине за последние 10 лет повысилась в 1,8 раза и сегодня охватывает около 32% населения. Удельный вес АГ II степени увеличился с 26 до 31,3%, а количество больных с ≥3 факторами риска — с 52,1 до 60,5%. Удельный вес аритмии сердца при АГ II степени составляет 39,2%.

Наиболее частыми нарушениями ритма сердца у больных АГ II степени с синдромом EVA являются:

- синусовая тахикардия (СТ) — 20%;
- суправентрикулярная экстрасистолия по механизму re-entry — 14,4%;
- фибрилляция предсердий (ФП) (пароксизмальная, длительно персистирующая формы) — 4,8%.

Нарушения ритма сердца у больных АГ с синдромом EVA коррелируют с увеличением диаметров левого желудочка и левого предсердия (ЛП) и трансмитральной регургитацией. СТ при АГ обычно является результатом гиперактивности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и хорошо поддается коррекции прямыми ингибиторами ренина, кардиоселективными блокаторами β-адренорецепторов, ингибиторами I₁-каналов синусового узла.

Как считает Н. Середюк, наибольшего внимания при длительной антигипертензивной терапии требует ФП. С патофизиологических позиций различают 4 варианта ФП:

1. Гемодинамическая — при наличии трансмитральной регургитации и увеличении диаметра ЛП. Такой вариант ФП на-

блодается при пороке сердца, митральном и аортальном стенозе, недостаточности аортального или митрального клапана (МК), тромбоэмболии легочной артерии, хронической обструктивной болезни легких, аневризме аорты, пролабировании клапанов сердца, дисплазии соединительной ткани.

2. Ишемическая — характерна для острого коронарного синдрома, хронической ишемической болезни сердца (ИБС).

3. Воспалительная — при перикардите, миокардите, эндокардите, пневмонии.

4. Идиопатическая — этот термин используют у лиц в возрасте <60 лет с отсутствием явных признаков сердечно-легочных заболеваний.

Диспластическая кардиомиопатия у больных АГ наиболее часто проявляется синдромом пролабирования клапанов сердца с развитием регургитации и так называемой регургитационной аритмии, то есть нарушения ритма сердца вследствие перегрузки объемом. У 50% больных с синдромом пролабирования МК выявляют миксоматозное перерождение клапана, а также проводящей системы сердца. Миксоматозная дегенерация створок и хорд прогрессирует с возрастом и может быть причиной перфорации створок и разрыва хорд МК. Клиническая выраженность аритмии сердца при АГ и синдроме EVA зависит от продолжительности пролабирования МК и диаметра ЛП. Регресс аритмии при выраженному пролабировании МК у больных АГ возможен после хирургической модификации фиброзного кольца МК — вальвулопластики. По сравнению сней радиочастотная катетерная абляция менее эффективна.

Н. Середюк отметил, что концепция EVA объясняет механизм раннего старения сосудов у лиц молодого возраста с АГ. Жесткость стенки артерий объясняется потерей ею эластина и увеличением коллагена и кальция, а также снижением эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой вазодилатации. Усиливают эти процессы наличие гиперкалиемии, сахарного диабета.

Олег Коваленко, врач-кардиохирург Республиканского научно-практического центра «Кардиология» (Минск, Беларусь), представил основные проблемы, связанные с ФП:

- неуклонный рост заболеваемости ФП в популяции;

- сопоставимость ФП по числу осложнений с острым инфарктом миокарда (ИМ);
- ФП занимает 1-е место среди аритмий сердца по инвалидизации;
- наличие медикаментозной рефрактерности в 40–60% случаев;
- отсутствие препарата, который бы оказывал достоверное влияние на выживаемость больных ФП.

Классификация ФП:

1. Пароксизмальная форма — спонтанно купируется в течение 7 дней.

2. Персистирующая форма — продолжается >7 дней или купируется антиаритмическими препаратами или кардиоверсией.

3. Хроническая (постоянная) — продолжительностью >12 мес.

При наличии критериев пароксизмальной и персистирующей форм предлагаются использовать термин «интерmittирующая ФП».

О. Коваленко отметил, что в наше время могут предлагаться следующие интервенционные методы лечения ФП:

- предсердная стимуляция;
- многофокусная стимуляция предсердий;
- модификация или катетерная абляция пучка Гисса с имплантацией электрокардиостимулятора;
- имплантируемые предсердные или двухкамерные кардиовертеры-дефибрилляторы;
- хирургическое лечение;
- катетерная абляция эктопической ФП;
- катетерная абляция устьев легочных вен.

О. Коваленко остановился на основных проблемах при выполнении стандартной катетерной абляции:

- длительное время процедуры (3–6 ч);
- риск возникновения перфорации;
- неконтролируемая доставка энергии к тканям;
- возможность повреждения пищевода;
- формирование нагара;
- противоречивые результаты.

Частота осложнений при катетерной абляции составляет 6%.

О. Коваленко представил результаты проведенных на базе Республиканского научно-практического центра «Кардиология» абляций устьев легочных вен: эффективность процедур составила 60%; у 40% пациентов отсутствовали пароксизмы

и необходимость в медикаментозной коррекции; у 40% — положительный эффект не достигнут.

О. Коваленко резюмировал, что технология применения многоэлектродной фазовой аблации устьев легочных вен является эффективным и безопасным методом устранения ФП. Она не уступает классическим катетерным технологиям, имеет потенциал широкого внедрения благодаря относительной простоте выполнения, позволяет регулировать глубину воздействия путем изменения соотношения бифазной и монофазной энергии.



Мар'яна Селюк, професор кафедри терапії Української військово-медичинської академії (Київ, Україна), рассказала о комплексному ліченні пациентів з ІБС, осложненої ФП.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, предположительно к 2030 г. у ≈23,6 млн человек наступит смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, главным образом, болезней сердца и инсульта, которые, по прогнозам, останутся основными причинами смерти населения. На сегодняшний день ИБС является главной причиной смертности и утраты трудоспособности в Украине. В 2010 г. в стране, по данным официальной статистики, зарегистрировано 8 843 165 пациентов с ИБС, а смертность от этого заболевания составила 687,3 на 100 тыс. населения.

К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относят:

- 1. Модифицируемые:
 - курение;
 - дислипидемия (повышение уровня холестерина липопротеинов (ЛП) низкой и очень низкой плотности, триглицеридов; снижение уровня холестерина ЛП высокой плотности);
 - повышение артериального давления;
 - транзиторное повышение уровня глюкозы в крови;
 - ожирение;
 - нерациональное питание;
 - гиподинамия;
 - злоупотребление алкоголем.
- 2. Немодифицируемые:
 - генетическая предрасположенность;
 - возраст;
 - пол.

Согласно правилу «4Е», к провоцирующим развитие стенокардии факторам относят:

- стресс (Emotional stress);
- напряжение и физическую нагрузку (Exertion);
- обильную еду (Eating a heavy meal);
- холодную или жаркую погоду (Exposure to cold and hot).

При хронической ишемии миокарда наблюдают следующий процесс его ремоделирования:

- увеличение длины миоцитов (увеличение объема желудочка, снижение толщины стенки);
- гипертрофия (увеличение числа сакромеров, массы и толщины стенок);
- проскальзывание (смещение миоцитов), разрыв коллагеновых мостиков, потеря сократительных элементов и дилатация;
- фиброз (повышение продукции коллагена, увеличение жесткости и потеря эластичности, нарушение передачи электрического импульса);
- апоптоз (потеря сократительных элементов).

Согласно рекомендациям по лечению стабильной стенокардии:

1. К препаратам, улучшающим прогноз, относят:
 - ацетилсалцилловую кислоту;
 - статины;
 - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);
 - блокаторы β-адренорецепторов.
2. К препаратам, устраняющим симптомы:
 - блокаторы β-адренорецепторов;
 - антагонисты кальция;
 - органические нитраты.

М. Селюк напомнила, что статины снижают:

- частоту осложнений (летальный исход, нефатальный острый ИМ, реанимация после остановки сердца, стенокардия вследствие ишемии миокарда, госпитализация);
- частоту приступов стенокардии, требующих госпитализации;
- риск развития фатального и нефатального инсульта.

При применении статинов необходим контроль липидов крови в течение 2–3 мес после начала терапии, печеночных ферментов (в начале, через 8 нед лечения, а затем ежегодно), креатинфосфокиназы — при наличии миалгии.

М. Степлюк отметила, что применение блокаторов β-адренорецепторов в терапии у больных стабильной стенокардией снижает риск развития повторного ИМ или сердечно-сосудистой смерти после перенесенного ИМ на 30%. При наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН) применение этих препаратов снижает риск летального исхода и частоту госпитализации по сердечно-сосудистым причинам. иАПФ назначают при сопутствующих АГ, сахарном диабете, СН, асимптомной дисфункции левого желудочка и перенесенном ИМ.

Олег Жаринов, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (Киев, Украина), рассказал об алгоритмах применения

блокаторов β-адренорецепторов в современной аритмологии.

Он привел классификацию антиаритмических средств:

1-й клас — блокаторы быстрых натриевых каналов (мембраностабилизирующие средства):

- IA — уменьшают максимальную скорость деполяризации и увеличивают продолжительность потенциала действия (ПД) (хинидина сульфат, прокаинамид, дизопирамид, аймалин);
- IB — не влияют на скорость деполяризации и укорачивают ПД (лидокаин, тримекаин, мексилетин);
- IC — уменьшают максимальную скорость деполяризации и минимально удлиняют ПД (флекаинид, этацизин, морицизин, аллапинин, пропафенон).

2-й клас — блокаторы β-адренорецепторов:

- β₁-кардиоселективные (метопролол, эсмолол, атенолол, ацебутоголол, бизопролол, небиволол);
- β₁, β₂-неселективные (карведилол, лабеталол, пиндолос, пропранолол).

3-й клас — средства, увеличивающие продолжительность потенциала действия (амиодарон, сotalол, бретилия то-зилат, ибутилид).

4-й клас — блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем).

5-й клас — неклассифицированные антиаритмические препараты (сердечные гликозиды, препараты магния, калия).

О. Жаринов отметил, что блокаторы β-адренорецепторов являются универсальными средствами лечения при аритмии сердца, снижают частоту сердечных сокращений, а также остроту симптомов, являются отличной профилактикой праритмии, улучшают прогноз выживаемости.



Лариса Васильєва, доцент кафедри госпитальной терапии № 2 Днепропетровской государственной медицинской академии (Днепропетровск, Украина), представила результаты работы «Наличие и степень организации тромбов в ушках предсердий после 3 нед антикоагулянтной терапии с удержанием целевых значений международного нормализованного отношения». Проведен ретроспективный анализ результатов чреспищеводной эхокардиографии (эхоКГ) у 112 пациентов (80 мужчин и 32 женщины) с неклапанной персистирующей и длительно существующей персистирующей ФП в период подготовки к проведению плановой электрической кардиоверсии (ЭКВ) в условиях Днепропетровского областного клинического диагностического центра кардиологии и кардиохирургии. Задачи исследования включали:

- сопоставление результатов проведения чреспищеводной эхоКГ с оценкой

- риска развития тромбоэмбolicких осложнений по шкале CHA2DS2-VASc;
- определение риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED;
 - оценка степени организации тромбов в ушках предсердий и проведение анализа продолжительности антикоагулянтной подготовки к проведению плановой ЭКВ;
 - оценка эффективности ЭКВ.

Оценивая эффективность процедуры ЭКВ, Л. Васильева отметила успешное проведение ЭКВ, а именно восстановление синусового ритма у 107 пациентов и отсутствие «нормализационных» эмболий; удержание синусового ритма после процедуры ЭКВ до 5 дней — у 93, до 6 мес — у 71 пациента.

Докладчик также отметила, что тромбоз ушек предсердий у пациентов с неклапанной перистирирующей ФП, по данным чреспищеводной эхоКГ через 3 нед антикоагулянтной терапии с удержанием целевого международного нормализованного отношения, выявлен в 87,5% случаев. Тромбоз ушек обоих предсердий отмечен у 59%, только ушка ЛП — у 31%, только ушка правого предсердия — у 7% пациентов данной группы. При изолированном тромбозе организованные тромбы преобладали в соотношении 1,5:1, при тромбозе ушек обоих предсердий — 1:1 с относительным преобладанием неорганизованных тромбов.

Л. Васильева отметила, что шкала CHA2DS2-VASc не позволяет реально оценить риск возникновения тромбоэмбolicких осложнений у больных ФП. Так, у 29 пациентов при наличии тромбов в ушках предсердий в соответствии с существующими рекомендациями показания для назначения антикоагулянтов отсутствовали. Антикоагулянтная терапия, проводимая под контролем чреспищеводной эхоКГ, реально снижает риск развития тромбоэмболии у пациентов с неклапанной ФП и тромбами в ушках предсердий — как в период подготовки, так и во время проведения плановой ЭКВ. Длительность антикоагулянтной подготовки к ЭКВ у каждого пациента определялась не отрезком времени в 3–4 нед,

а констатацией организации или лизиса тромбов.

В связи с этим пациентам с неклапанной ФП и низким или промежуточным риском развития тромбоэмбolicких осложнений по шкале CHA2DS2-VASc необходимо проводить чреспищеводную эхоКГ для выявления тромбоза ушек предсердий и назначения антикоагулянтной терапии. В период подготовки пациентов к ЭКВ проведение чреспищеводной эхоКГ является обязательным для решения вопроса о готовности к процедуре. Стратегия восстановления синусового ритма при неклапанной ФП методом ЭКВ даже при наличии организованных тромбов в ушках предсердий является высокоэффективной и относительно безопасной процедурой.



Марина Долженко, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования в г. Киеве им. П.Л. Шупика (Киев, Украина),

рассказала о том, что иАПФ являются препаратами первой линии при ХСН, дисфункции левого желудочка, перенесенном ИМ, диабетической и недиабетической нефропатии, каротидном атеросклерозе, протеинурии, метаболическом синдроме.

иАПФ обладают гемодинамическим, нейрогуморальным, антипролиферативным, ренопротекторным, антифибринолитическим, гиполипидемическим, гипогликемическим эффектом. Основной механизм действия иАПФ заключается в блокировании превращения ангиотензина I в ангиотензин II.

Представленные в Украине препараты классифицируют по фармакокинетическому принципу на: каптоприл и подобные каптоприлу; пролекарства, которые в печени преобразовываются в активные вещества (эналаприл); водорастворимые, не метаболизирующиеся в печени в активной форме (лизиноприл). Все иАПФ рас-

сматривают как одинаково эффективные для снижения артериального давления. Выбор препарата и дозы должен базироваться на результатах клинических исследований с установленной пользой их применения.



Татьяна Трешкура, сотрудник ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», заведующая научно-исследовательской лабораторией электрофизиологии сердца (Санкт-Петербург, Россия) представила доклад о желудочковых аритмиях (ЖА). Выделяют:

- одиночные и парные желудочковые эктопические комплексы:mono- и полиморфные;
- ускоренные идиовентрикулярные ритмы;
- желудочковую тахикардию: неустойчивую (<30 с) и устойчивую (>30 с);
- ФП.

К заболеваниям, ассоциированным с ЖА, относят: ИБС, некоронарные заболевания сердца (заболевания, приводящие к гипертрофии левого желудочка, острый миокардит, кардиомиопатия, аритмогенная дисплазия миокарда, приобретенные и врожденные пороки сердца, опухоли сердца, препаратор-индуцированная аритмия сердца, выраженный электролитный дисбаланс, интоксикация, синдром удлиненного Q-T, синдром укороченного Q-T, синдром Бругада, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия).

Т. Трешкура отметила, что у 39,8% больных ЖА является стресс-индуцированной. Дляprovokacii и определения ее особенностей показана проба с физической нагрузкой.

Препаратами выбора в лечении ЖА являются блокаторы β-адренорецепторов.

Татьяна Харченко,
фото автора

Реферативна інформація

Інваліди отримають необхідні засоби реабілітації

Соціальними ініціативами Президента України передбачено забезпечити до 1 вересня 2012 р. протезами та колісними кріслами стовідсотково інвалідів, які цього потребують. Відтак було кардинально змінено підхід до забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації шляхом внесення змін до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

Відповідно до схваленого Урядом порядку, в нинішньому році на Буковині інвалідам видаватимуться направлення на всі технічні та інші засоби реабілітації, що виготовляються в умовах серійного виробництва. Забезпечення засобами реабілітації здійснюватиметься трьома шляхами за вибором інваліда:

- безпосередньо через підприємства, що виготовляють зазначені вироби;
- через сервісні центри, створені на всіх державних підприємствах;
- через органи соціального захисту.

На сьогодні управліннями праці та соціального захисту населення райдерджадміністрацій, міськвиконкомів проведено 418 анкетування інвалідів та дітей-інвалідів, які у 2012 р. мають право на отримання інвалідних крісл. У поточному році вже видано 133 колісних крісла. Законом України «Про Державний бюджет України на 2012 рік» на забезпечення окремих категорій громадян технічними та іншими засобами реабілітації передбачено 614,3 млн грн., що в 2 рази більше ніж у 2008 та 2009 р.

**Прес-служба «Українського медичного часопису»
за матеріалами www.kti.gov.ua**