



Аркадий Львович Верткин
А. В. Носова
Е. А. Алгиян
Н. О. Ховасова
Фибрилляция предсердий
Серия «Амбулаторный прием»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8383822
Фибрилляция предсердий / Аркадий Вёрткин: Эксмо; Москва; 2014
ISBN 978-5-699-69529-4

Аннотация

Фибрилляция предсердий – одна из самых частых причин обращения к врачу и последующей госпитализации, способная привести к летальному исходу.

Опытные врачи А.Л. Вёрткин и соавторы наглядно раскрывают все аспекты клинической практики – диагностику, в том числе показания к госпитализации; оптимальное лечение и профилактику осложнений; последующее наблюдение пациента и лабораторный контроль за его состоянием.

«Фибрилляция предсердий» – пособие, незаменимое в каждодневной медицинской практике терапевтов поликлиник, кардиологов, неврологов, врачей «Скорой помощи» и других специалистов, работающих на амбулаторном приеме и в стационаре.

Содержание

Ключевые слова и список сокращений	5
Введение	6
Вместо предисловия	8
Фибрилляция предсердий: что мы знаем сегодня, а что нам кажется, что знаем	13
Интрига поликлиники-2014: известные рекомендации по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий и реальная практика	19
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Аркадий Львович Вёрткин

Фибрилляция предсердий

Аркадий Львович Вёрткин – заслуженный деятель науки РФ, профессор, зав. кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (МГМСУ)

Алгиян Е.А. – врач-терапевт

Носова А.В. – к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Ховасова Н.О. – к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Ключевые слова и список сокращений

Фибрилляция предсердий, тромботические осложнения, инсульт, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, коморбидность, амбулаторная служба, ривароксабан, варфарин, дабигатрана этексилат, апиксабан, антитромботическая терапия.

Сокращения:

TnT – тропонин

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИИ – ишемический инсульт

МНО – международное нормализованное отношение

НОАК – новые оральные антикоагулянты

ОАК – оральные антикоагулянты

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОКС – острый коронарный синдром

ПИКС – постинфарктный кардиосклероз

ПСА – простатспецифический антиген

РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТИА – транзиторная ишемическая атака

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ФП – фибрилляция предсердий

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХПН – хроническая почечная недостаточность

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧСС – частота сердечных сокращений

Введение

Эта книга посвящена фибрилляции предсердий – наиболее частой причине обращения больных в поликлинику. К сожалению, известные клинические рекомендации по ведению данной категории больных в реальной амбулаторной практике не всегда выполняются, о чем свидетельствуют приведенные в книге факты. Вместе с тем фибрилляция предсердий сопряжена с рядом неблагоприятных исходов: дисфункция левого желудочка, смерть, инсульт и другие тромботические осложнения, более частые госпитализации, ухудшение качества жизни. Поэтому все усилия направлены на поиск наиболее важных факторов риска и предикторов неблагоприятного исхода, стратификации больных в соответствии с этими факторами, а также унификацию наиболее эффективной, безопасной и комплаентной лекарственной терапии. В данной ситуации центральным звеном в этом процессе является амбулаторный этап оказания медицинской помощи, поскольку профилактика осложнений фибрилляции предсердий и, в частности, тромботических осложнений – это всегда длительная терапия. Мы надеемся, что эта книга может стать наглядным пособием не только для терапевтов поликлиник, но и кардиологов, неврологов, врачей скорой помощи и других специалистов, работающих как на амбулаторном этапе, так и в стационаре.

Авторы выражают благодарность сотрудникам городской клинической больницы № 50 Департамента здравоохранения города Москвы: заведующему отделением реанимации и интенсивной терапии для больных инфарктом миокарда Грицанчуку А.М., заведующей патологоанатомическим отделением Астаховой О.И., заведующей отделением функциональной диагностики Рамазановой Ю.И., а также сотрудникам Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Северного административного округа города Москвы: врачу-методисту Виноградовой Г.П., заведующей филиалом № 6 ГП № 6 (городская поликлиника № 159) Владимировой Н.Н.

Эта книга продолжает новую серию под названием «Амбулаторный прием». Когда-то Сенека произнес фразу: *«Для человека, который не знает, к какой гавани он направляется, ни один ветер не будет попутным»*. В полной мере это относится к врачу-терапевту, который первым у большинства пациентов должен уметь определить именно ту гавань, где наши больные улучшат качество жизни, быстрее справятся с осложнениями, научатся себя правильно вести и долго жить.

Однако сегодня, к великому сожалению, терапия перестала быть основным «брендом» в медицинском образовании. Если раньше кафедры терапии были ведущими в любом медицинском вузе, являлись основополагающими, представляли собой широкую врачебную платформу, то сейчас образовательные и профессиональные ценности немного сместились. Много узких специальностей, профилированных кафедр, обучение акцентируется на результатах инструментальных данных и других вспомогательных методах. При этом клиническое мышление врача, традиционный осмотр, навыки пропедевтики внутренних болезней, дифференциальная диагностика и, наконец, современная персонифицированная медицина отступили на второй план.

Мало кто знает, что наши выдающиеся учителя-интернисты свой профессиональный путь начинали в прозектуре патологоанатомами. Сегодня, наоборот, нивелируется роль аутопсии – основного компонента роста педагогического и профессионального мастерства, развития клинического мышления, способа борьбы с ошибками и субъективизмом.

Что понимали под диагностикой и лечением наши учителя? Прежде всего – фундаментальные знания нормы и патологии, навыки физикального исследования больного, умение оценить данные инструментальной диагностики, адекватную клиническую оценку симптомов, оценка прогноза заболевания, знание современных рекомендаций по лечению, умение

применить индивидуализированный алгоритм лечения и знание структуры органов здравоохранения и правовых основ врачебной работы.

Однако в какой-то момент в образовании был упущен ключевой компонент – подготовка профессионального участкового врача терапевта. В поликлинику обращается множество людей, и прежде всего к терапевту, который в дефиците времени должен правильно выделить приоритеты, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, с кем консультировать, как следить за состоянием.

В какой-то мере серия новых книг поможет участковому терапевту разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике. Во всяком случае, мы на это надеемся.

*Президент Российского научного общества терапевтов, академик РАН
Мартынов А.И.*

Вместо предисловия

Демонстрация больного с фибрилляцией предсердий на амбулаторном приеме у терапевта

Пациент П., 62 лет, более 40 лет наблюдается в одной из поликлиник. В его объемной амбулаторной карте среди жалоб в хронологическом порядке фигурировали кашель, повышение температуры, общая слабость, боли в горле, недомогание, нарушение мочеиспускания, слабость струи при мочеиспускании. В соответствии с этими жалобами участковыми терапевтами были диагностированы респираторные инфекции, фурункул, миопия, ДППЖ, хронический бронхит.

Помимо этого, в 2006 году хирургом поликлиники установлен диагноз варикозной болезни и назначена ультразвуковая доплерография нижних конечностей, а урологом – в связи с возрастом – анализ на ПСА. К сожалению, результатов назначенных исследований в амбулаторной карте нет. В течение всего периода наблюдения пациенту назначались различные лекарственные препараты: антибактериальные и противовирусные, муколитики и отвары трав, иАПФ и жаропонижающие, статины и антиагреганты.

Следует также отметить, что ряд указанных назначений представлен лишь фармакологической группой препаратов без указания названия конкретного лекарства, режима его дозирования и длительности терапии.

«Новая жизнь» пациента началась 5 февраля 2013 г., когда он очередной раз обратился в поликлинику, где на ЭКГ (предыдущая единственная ЭКГ датируется 1999 годом) была выявлена мерцательная аритмия (см. рис. 1). При этом впервые при расспросе выяснено, что у пациента имеются одышка, отеки голеней и перебои в работе сердца. Все это послужило поводом для вызова «Скорой помощи» прямо с приема участкового терапевта и госпитализации в стационар с диагнозом «мерцательная аритмия, пароксизм неизвестной давности».

В стационаре при целенаправленном расспросе были уточнены данные анамнеза и выяснилось, что уже на протяжении 30 лет пациент время от времени отмечает сердцебиения, которые купируются самостоятельно в течение часа. Эти ощущения в последние 3 года стали возникать каждую неделю. К ним присоединились редкие (не более одного раза в 2–3 месяца) эпизоды боли в груди сжимающего характера при ходьбе, а также отеки голеней и стоп. По назначению участкового терапевта стал принимать «профилактическую дозу антиагрегантов».

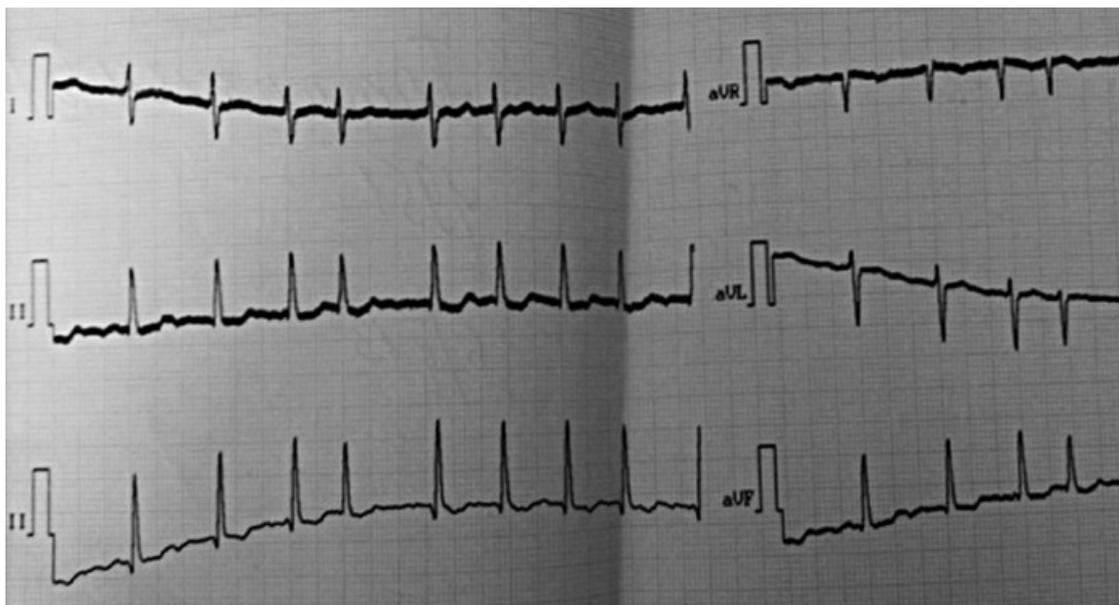


Рисунок 1. ЭКГ больного П., 62 года, от 05.02.2013 г.

В стационаре пациенту назначили низкомолекулярный гепарин (фраксипарин), сердечные гликозиды (дигоксин), блокаторы РААС (лозартан), диуретики (фуросемид) и статины (аторвастатин). Состояние стабилизировалось, уровень АД достиг целевого значения, признаки ХСН разрешились, пациента выписали для амбулаторного наблюдения терапевтом по месту жительства.

Таким образом, резюмируя все вышесказанное, необходимо отметить, что в амбулаторной карте у 62-летнего мужчины внимание врачей было приковано к респираторным инфекциям, снижению остроты зрения, варикозной болезни ног и аденоме предстательной железы. При том что мерцательной аритмии, признакам сердечной и коронарной недостаточности терапевт внимания не уделил.

В этой связи возникает вопрос: *«А может быть, мерцательная аритмия не так страшна и важна, действительно не требует внимания терапевта и встречается в единичных случаях?»*

Давайте попробуем вместе разобраться и ответить. Попробуем понять, что же такое мерцательная аритмия и определяет ли она тяжесть состояния и прогноз нашего пациента. Помочь нам в этом смогут данные мировой литературы и статистики, известные клинические рекомендации, а также собственный опыт в ведении таких пациентов. Попробуем также определить роль врача участковой поликлинической службы в ведении пациентов с ФП. Посмотрим, насколько важны и нужны факторы риска тромботических осложнений и ишемических исходов, прогнозирование осложнений ФП, эффективность современной фармакотерапии.

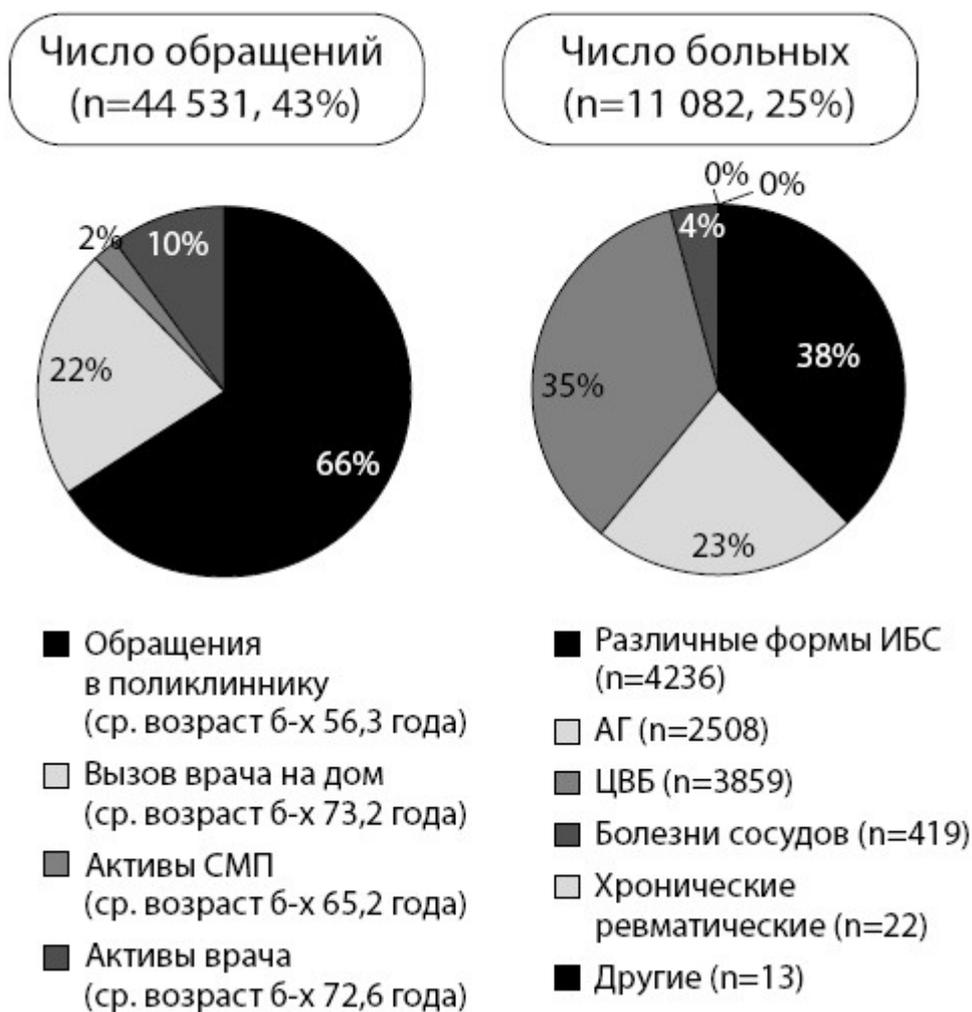


Рисунок 2. Число пациентов с ССЗ и их обращений к терапевту

Начнем повествование и познакомим читателя с работой участкового терапевта в поликлинике. Как видно на рис. 2, в течение года из почти 45 000 обращений за амбулаторной медицинской помощью по поводу ССЗ (более 11 000 пациентов) большая половина приходится на участковый прием и еще 10 % – на вызовы терапевта на дом. Среди причин обращений практически 50 % составляют различные формы ИБС.

Среди них (см. рис. 3) больные со стабильной стенокардией, методом лечения которых являются кардиохирургические пособия, остальные – пациенты с ФП, в том числе на фоне ПИКС.

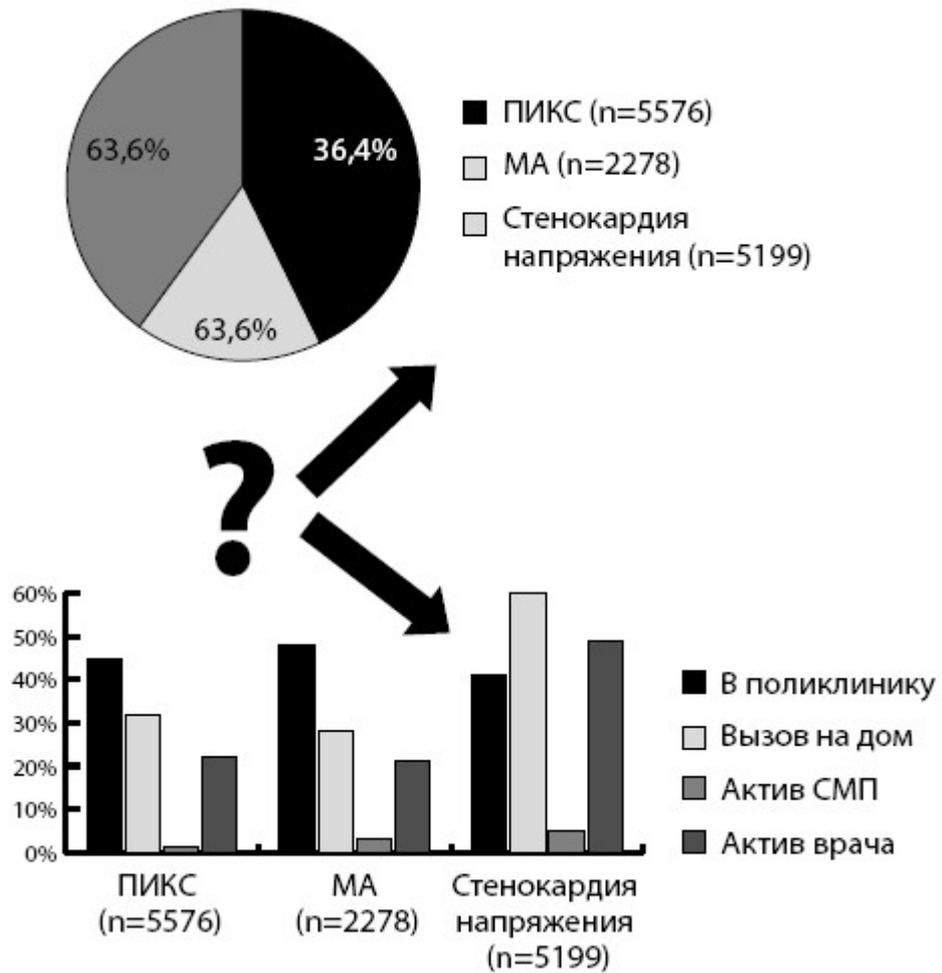


Рисунок 3. *Обращения больных с ИБС за год (n=13053)*

В самом деле, как видно из рис. 4, поводом для обращения при выборочном анализе 100 пациентов на амбулаторном приеме у терапевта являются у большинства перебои в области сердца.

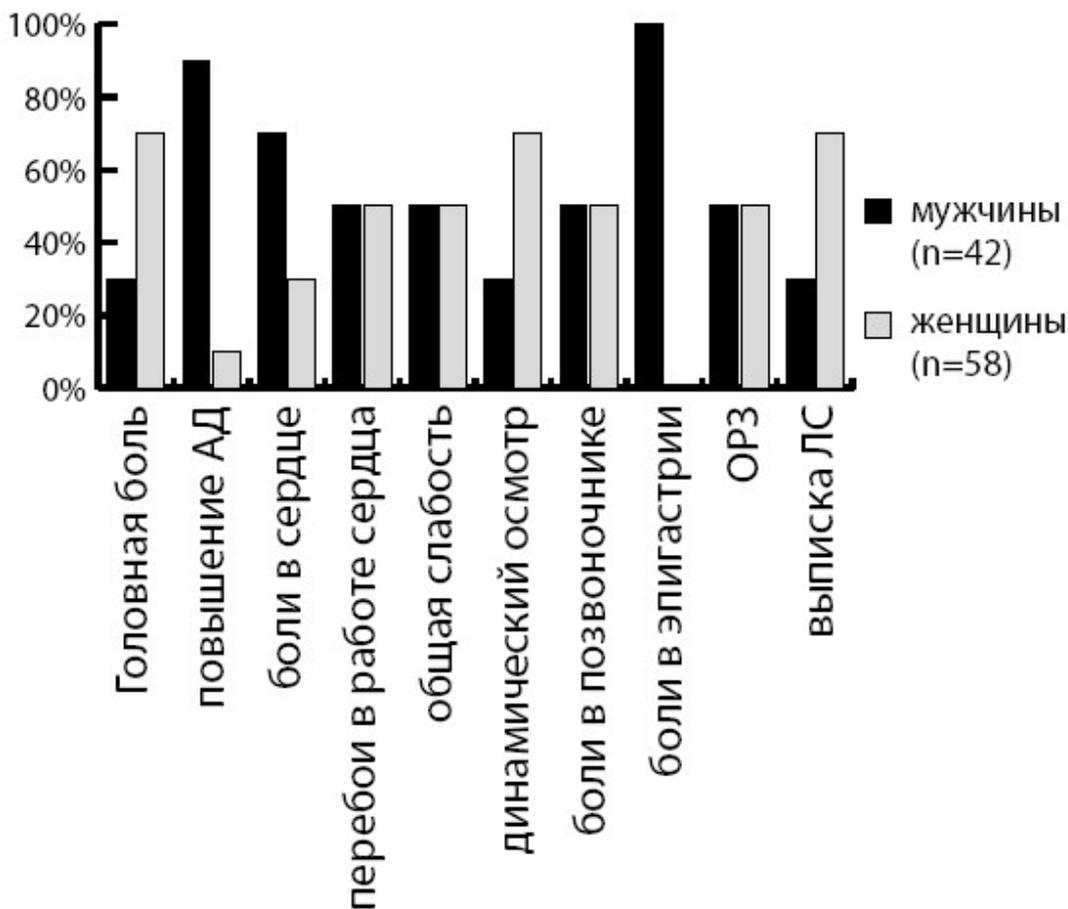


Рисунок 4. Повод обращения к терапевту больных с ССЗ (n=100)

Таким образом, к участковому терапевту в одну только поликлинику обращаются в течение года больные с ССЗ 44 531 раз, что составляет 43 % от всех обращений. Поводом для этого служат почти в половине случаев перебои в области сердца. При этом почти 48 % больных имеют документированную ИБС. По поводу ФП больные обращаются в течение года почти 2300 раз!

Фибрилляция предсердий: что мы знаем сегодня, а что нам кажется, что знаем

«Эпидемии подобны серьезным предупреждающим знакам, по которым истинный государственный деятель способен понять, что эволюция нации нарушена до такой степени, когда ее дальнейшее игнорирование, даже при беспечной политике, непозволительно».

Р. Вирхов

В равной мере это высказывание основоположника учения о тромбообразовании Рудольфа Вирхова можно отнести к ФП. Иллюстрацией тому является тот факт, что, по данным литературы, ФП является наиболее распространенным видом нарушений ритма [1]. Ее частота увеличивается с возрастом и по мере прогрессирования атеросклероза, артериальной гипертензии (АГ) [3], сахарного диабета (СД) [2]. ФП имеет место у 0,5 % больных в возрасте до 40 лет, у 25 % пациентов – в возрасте от 40 до 70 лет и у 50 % больных старше 70 лет [5]. По прогнозам, число пациентов с ФП удвоится в ближайшие 30 лет [36]. По данным Роттердамского эпидемиологического исследования, ФП встречается чаще у мужчин, чем у женщин, хотя с увеличением возраста эта разница уменьшается [4].

Возникновение и течение ФП ассоциировано с различными патологическими процессами и заболеваниями. Попробуем систематизировать эти состояния. Несомненно, каждый студент-медик как таблицу умножения знает правило «**3 оз**»: **атеросклерОЗ, митральный стеноЗ и тиреотоксикОЗ**. Действительно, и по сегодняшний день эти три состояния являются наиболее распространенными причинами развития и прогрессирования ФП [60, 61]. Так, известно, что более 20 % подобных больных страдают ишемической болезнью сердца, а поражение клапанного аппарата встречается у 30 % пациентов с ФП. Кроме того, нельзя переоценить роли АГ в возникновении, патогенезе ФП, а также утяжелении ее осложнений, таких как инсульт и системные эмболии.

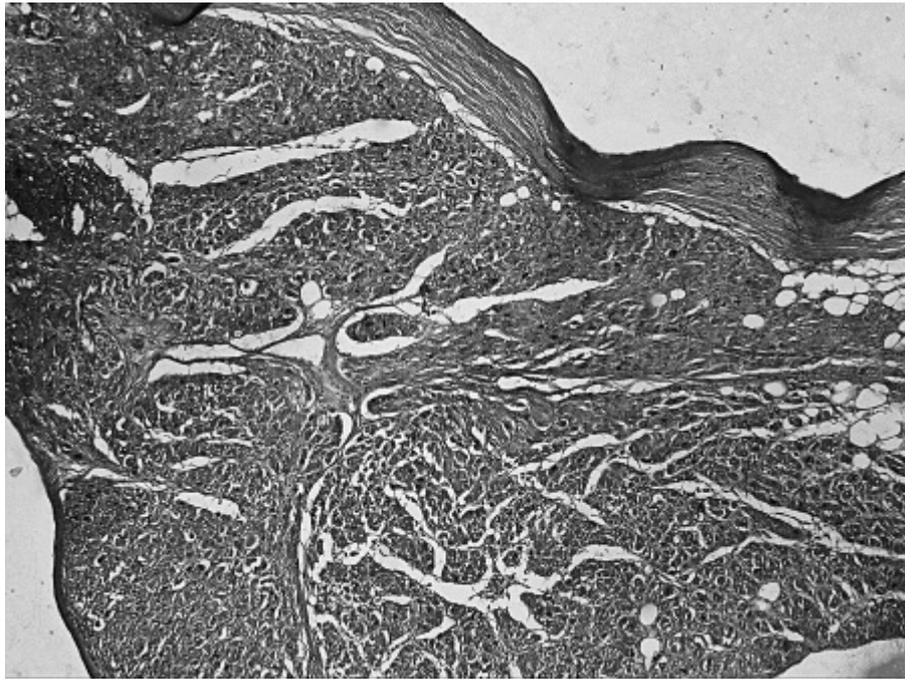
Различные типы кардиомиопатий, особенно алкогольного происхождения, также часто ассоциируются с ФП, в частности среди молодых пациентов. Сахарный диабет и ожирение сопровождают течение ФП в 20 и 25 % случаев соответственно [61]. Также следует указать на патогенетическую взаимосвязь возникновения ФП у пациентов с ХОБЛ и синдромом ночного апноэ. У 10–15 % пациентов с ФП также выявляется хроническая болезнь почек, что зачастую усугубляет течение болезни и ограничивает применение антитромботических препаратов.

Что же общего среди всех этих состояний и что определяет их патогенетическую взаимосвязь с ФП? Очевиден механизм нарушения электрических процессов в результате ремоделирования миокарда. Данные патологоанатомических исследований подтверждают это. Так, при гистологическом исследовании ткани предсердий умерших пациентов с ФП часто выявлялись следующие изменения (см. рис. 5):

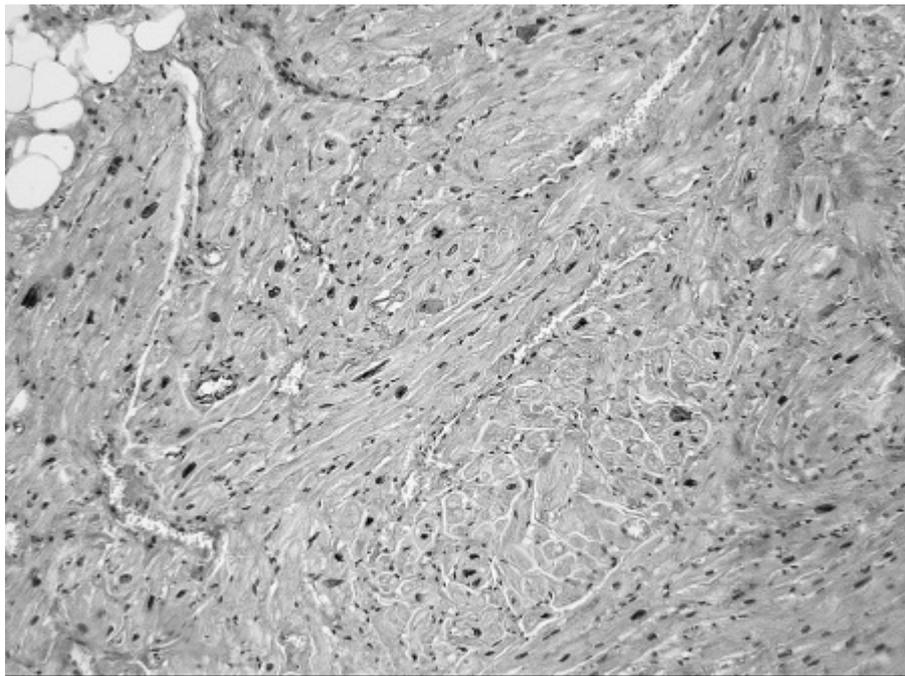
дистрофические изменения кардиомиоцитов, гипертрофия кардиомиоцитов (см. рис. 5 а – б);

очаговый и диффузный фиброз, эндомиокардиальный фиброз, крупные разрастания зрелой волокнистой соединительной ткани по ходу межмышечных пространств и в периваскулярных пространствах (см. рис. 5 в – г);

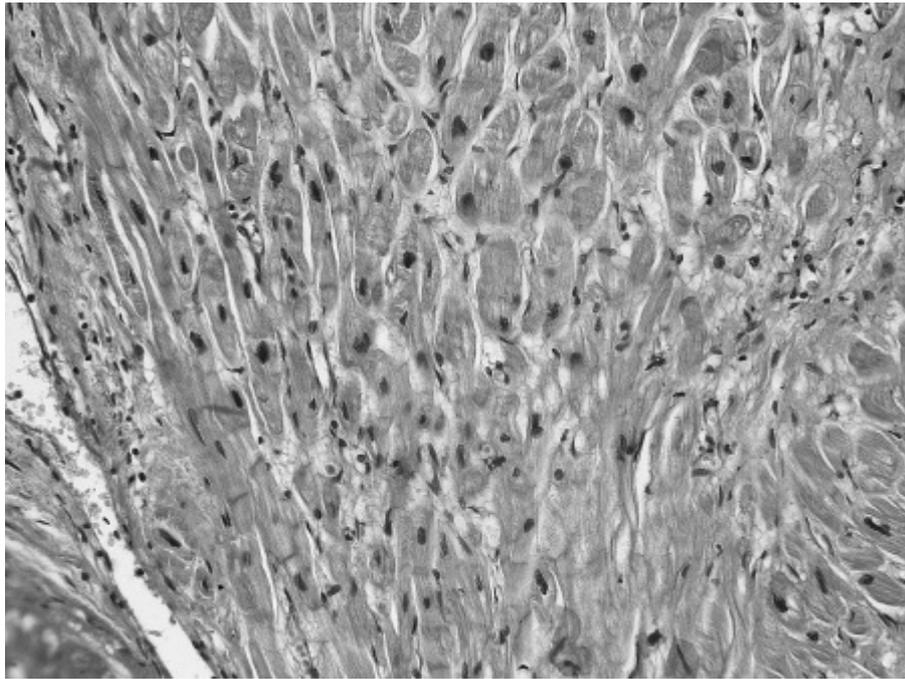
липоматоз, склероз и гиалиноз стенок артерий (см. рис. 5 д).



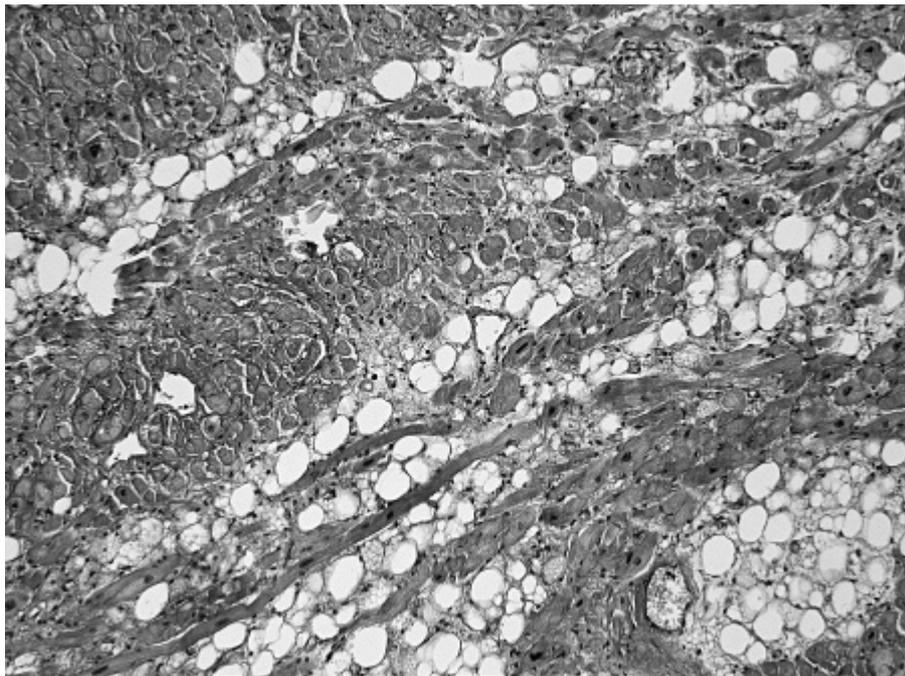
a)



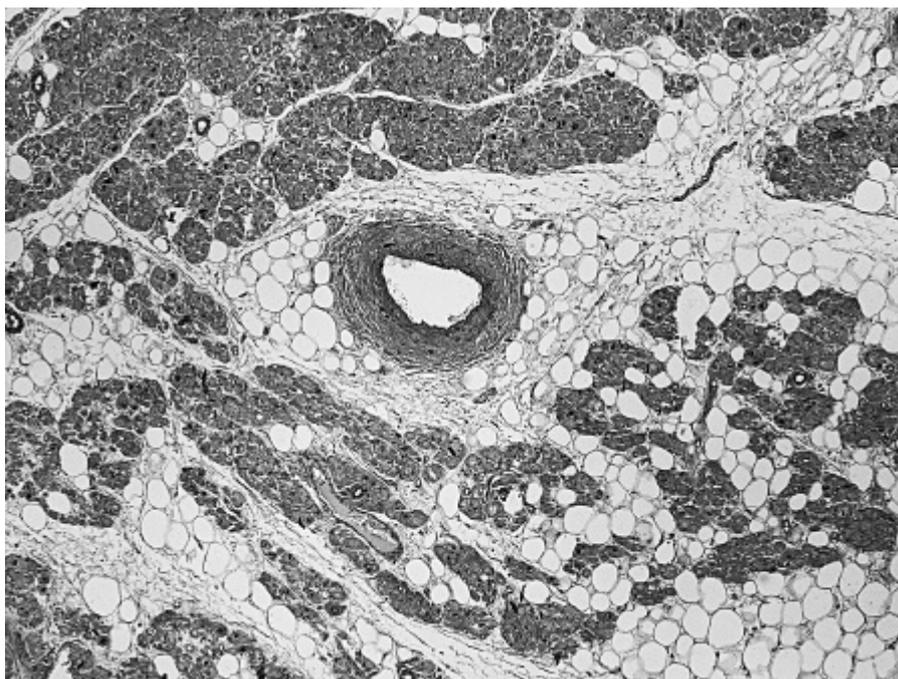
б)



б)



в)



д)

Рисунок 5. Гистологические изменения предсердий при ФП

ФП является предиктором смерти пожилых пациентов и инвалидизации молодых больных [6]. ФП имеет место у каждого третьего пациента с ХСН [37], у каждого четвертого – с ИИ, у каждого пятого – с ТЭЛА и у каждого десятого, перенесшего инфаркт миокарда [11].

Фибрилляция предсердий сопряжена с рядом неблагоприятных исходов: дисфункция левого желудочка, смерть, инсульт и другие тромботические осложнения, более частые госпитализации, ухудшение качества жизни. Даже при отсутствии других известных факторов риска наличие ФП увеличивает риск смерти вдвое [7]. Каждый пятый пациент, перенесший инсульт, имеет ФП, а ожидаемый риск развития ИИ у пациентов с ФП, не имеющих других факторов риска, составляет 5 % в год [8].

Согласно данным ВОЗ, инсульт случается ежегодно у 15 миллионов людей и является причиной смерти 10 % населения в мире, что составляет приблизительно 5,7 миллиона человек. Около 50 % всех кардиоэмболических инсультов ассоциировано с неклапанной ФП [38]. Выходит, что неправильная или несвоевременная профилактика тромботических осложнений ФП – причина половины всех инсультов? И как тогда ответить на наш главный вопрос, что ФП – это незначимая проблема?

Подтверждением этих данных являются собственные результаты проведенных аутопсий в 2011 году среди всех пациентов, умерших от инсульта (n=198) в многопрофильном стационаре города Москвы. При этом оказалось, что 43 % имели ФП неклапанного происхождения. Причем повторный инсульт встречался достоверно чаще в группе пациентов с ФП, что увеличивает значимость не только первичной, но и вторичной профилактики инсульта у данной категории пациентов (Верткин А.Л. и соавт., 2012 год). Более того, известно, что половина пациентов с инсультом в исходе ФП умирают в течение первого года после перенесенного нарушения мозгового кровообращения [39]. Кроме того, по данным Фрамингемского исследования, инсульт, ассоциированный с ФП, приводит к более тяжелой инвалидизации больных, причем как в остром периоде, так и в течение последующих 12 месяцев (см. рис. 6) [39, 5].

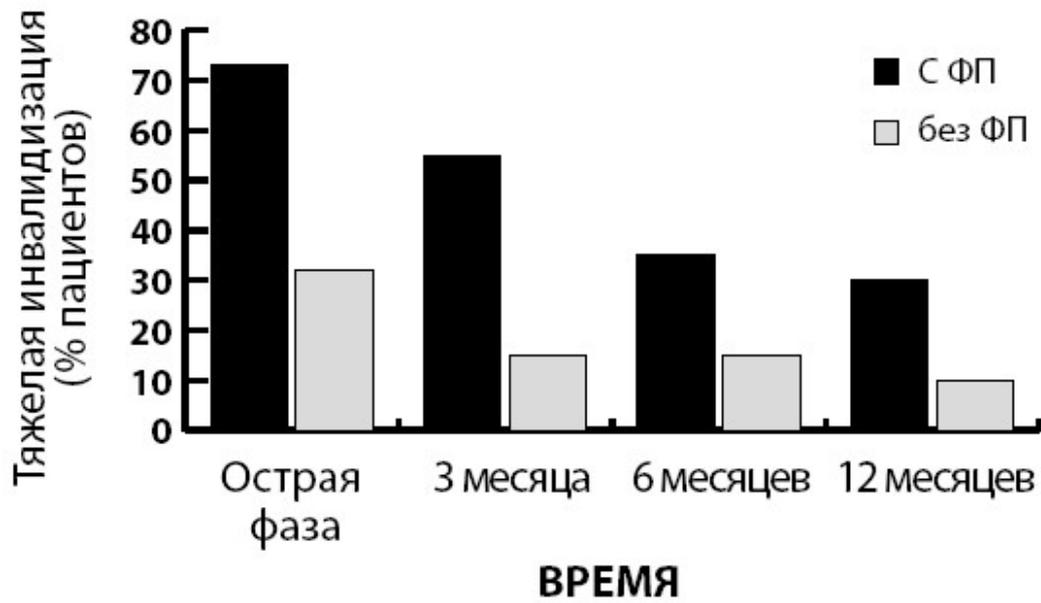


Рисунок 6. *Исходы у пациентов с инсультом*

Фибрилляция предсердий ассоциирована со многими неблагоприятными исходами, такими как смерть, инсульт и другие тромботические осложнения, повторные госпитализации и ухудшение качества жизни (см. табл. 1) [1].

Таблица 1

Исходы пациентов с фибрилляцией предсердий

Исход	Выраженность исхода у пациентов с ФП
Смерть	Риск смерти увеличен вдвое
Инсульт (включая геморрагический и внутримозговое кровоизлияние)	Риск инсульта увеличен, а также инсульт у пациентов с ФП протекает тяжелее и с большей инвалидизацией
Госпитализации	У пациентов с ФП частые госпитализации, что ухудшает качество жизни
Качество жизни	Этот параметр варьирует. Иногда ФП не меняет качества жизни, иногда сильно угнетает (ощущение перебоев и учащенного сердцебиения, снижение физической активности и выносливости, повторные госпитализации)
Дисфункция левого желудочка	Иногда не выражена, а иногда приводит к тяжелой сердечной недостаточности

Итак, частота ФП увеличивается с возрастом и по мере прогрессирования атеросклероза, АГ, СД. ФП имеет место у 0,5 % больных в возрасте до 40 лет, у 25 % – 40 до 70 лет и у 50 % – старше 70 лет. ФП имеет место у каждого третьего пациента с ХСН, у каждого четвертого, перенесшего ИИ, у каждого пятого с ТЭЛА и у каждого десятого с ПИКС.

Интрига поликлиники-2014: известные рекомендации по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий и реальная практика

Основной интригой поликлиники-2014 является примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-терапевта и специалистов терапевтического профиля. В этой схеме представлены нозологические формы, требующие динамического наблюдения, частота наблюдения, осмотры врачами других специальностей, наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, критерии эффективности диспансеризации и др. Однако в перечень нозологий и состояний или синдромов (АГ, ПИКС, хроническая ИБС, кардиомиопатии, боли в грудной клетке, изменения на ЭКГ без клинических признаков поражения сердечно-сосудистой системы, гипертрофия миокарда неясного генеза) ФП не входит.

Справедливости ради следует отметить, что в итоге в декабре 2012 года (приказ № 1344н от 21 декабря 2012 года) ФП была включена, но только в следующей редакции: «фибрилляция предсердий (формы) на фоне эффективной антиаритмической терапии и с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов». Получается, что болезнь, которая априори имеет негативный прогноз, рассматривается только через призму эффективного контроля ЧСС.

Рекомендации по ведению пациентов с ФП оговаривают варианты антиаритмической стратегии: «контроль над ритмом» и «контроль над ЧСС». Несмотря на различные оценки частоты исходов, наступающих у пациентов с ФП, получающих антиаритмическую терапию в соответствии с избранной стратегией, известно, что в отношении смертности антиаритмические стратегии эквивалентны. Тогда получается, что в отношении развития осложнений выбранная стратегия ведения пациента с ФП не имеет значения. Что же тогда влияет на прогноз и смертность?

Чтобы ответить на этот вопрос и разгадать интригу поликлиники, мы сопоставили реальную клиническую практику с современными клиническими рекомендациями по ФП.

Чтобы получить объективное представление и понимание проблемы, мы проанализировали результаты 3239 протоколов аутопсий больных, умерших в крупном многопрофильном стационаре. Следует подчеркнуть, что среди причин исходов у 1566 (48,4 %) были острые и хронические сердечно-сосудистые заболевания. При этом частота ФП (пароксизмальная, персистирующая, постоянная) у этих больных составила 27 % (n=423).

Таким образом, каждый третий больной с ССЗ имеет ФП. Среди них в 66 % случаев ФП наблюдалась у женщин, в 15 % – с сопутствующим ожирением (n=63), в 28 % – с СД 2-го типа (n=118), в 49 % – с ХОБЛ (n=207), в 17 % – с ДГПЖ (n=72), в 83 % – с АГ (n=351), в 23 % – желчнокаменная болезнь (n=97). Все это свидетельствует о том, что больные с ФП – это пациенты с коморбидной патологией, причем общее число заболеваний составило более 4 (см. рис. 7).

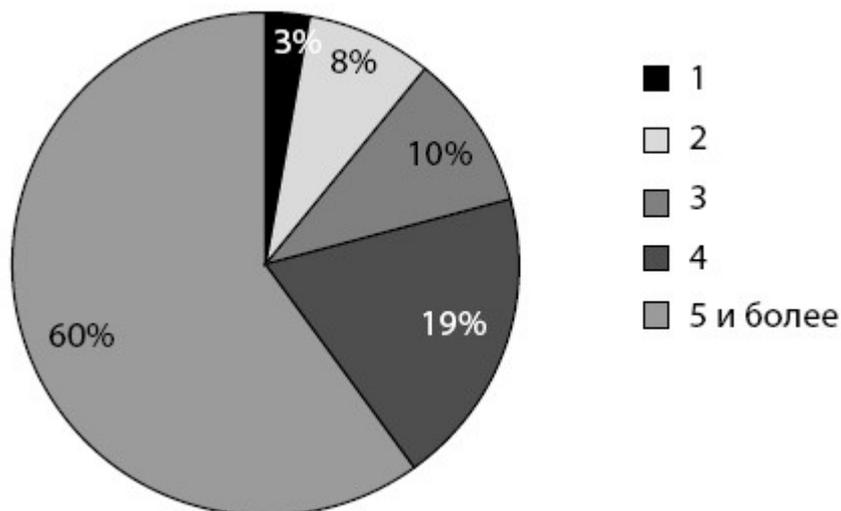


Рисунок 7. Количество сопутствующих заболеваний на одного «сосудистого» больного с ФП (число аутопсий – 323)

Впервые определение ко- или полиморбидности дал американский ученый, врач-психиатр А.Р. Feinstein в 1970 году: «Коморбидность (лат. *co* – вместе, *morbus* – болезнь) – это наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него».

Сегодня термин «коморбидность» имеет множество синонимов: полиморбидность, мультиморбидность, полипатия, соблезненность, мультифакториальные заболевания, плюрипатология, двойной диагноз и др.

Как видно из рисунка 8, из 423 больных с ФП у 34 % (n=145) наблюдалась ХСН, у 14 % – гипохромная анемия (n=58), у 22 % – пневмония (n=94), у 15 % – острые эрозии и язвы ЖКТ (n=63), у 27 % – ХПН (n=114), у 30 % – отек легких (n=127), у 64 % – отек головного мозга (n=269).

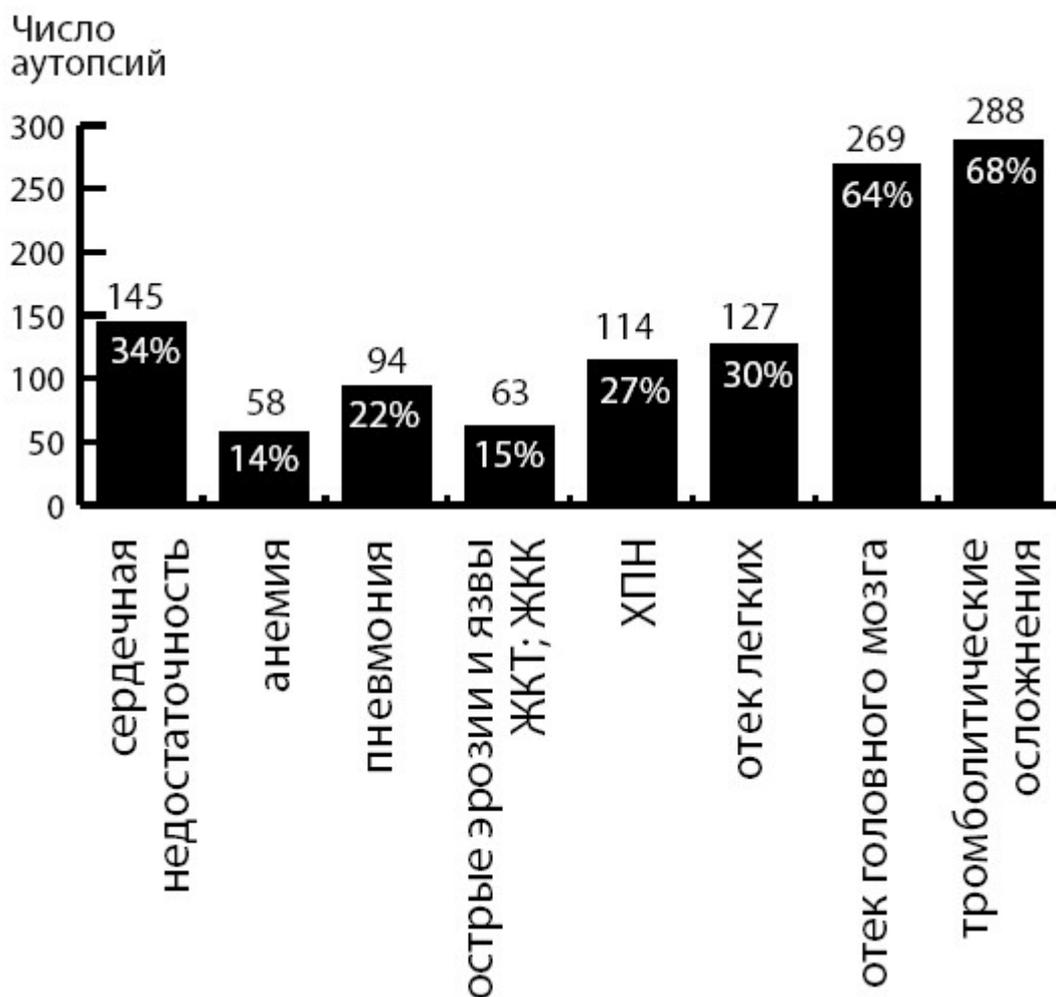


Рисунок 8. Смертельные осложнения у «сосудистых» больных с фибрилляцией предсердий (число аутопсий – 423)

Отдельно следует упомянуть, что в 68 % случаев (n=288) у больных с ФП встречались тромботические осложнения различной локализации. Среди них в 67 % (n=194) диагностированы первичный и повторный ИИ. Более того, в 3 % случаев (n=9) инфаркт головного мозга сочетался с инфарктом миокарда, а в 45 % случаев (n=87) – с ТЭЛА (см. рис. 9).

Это демонстрирует клинический пример пациента Н., 64 года, умершего в стационаре от сочетания заболеваний (см. вкладку, рис. 1): ИИ левой лобной доли; ИБС: ПИКС на фоне гипертонической болезни 2 ст., СД II типа, тяжелого течения, нефроангиосклероза. Среди осложнений основного заболевания имела место ФП, постоянная форма. ХСН 2 ст., ТЭЛА. Инфарктная пневмония. Отек головного мозга. ХПН. Сопутствующая патология представлена ДППЖ.

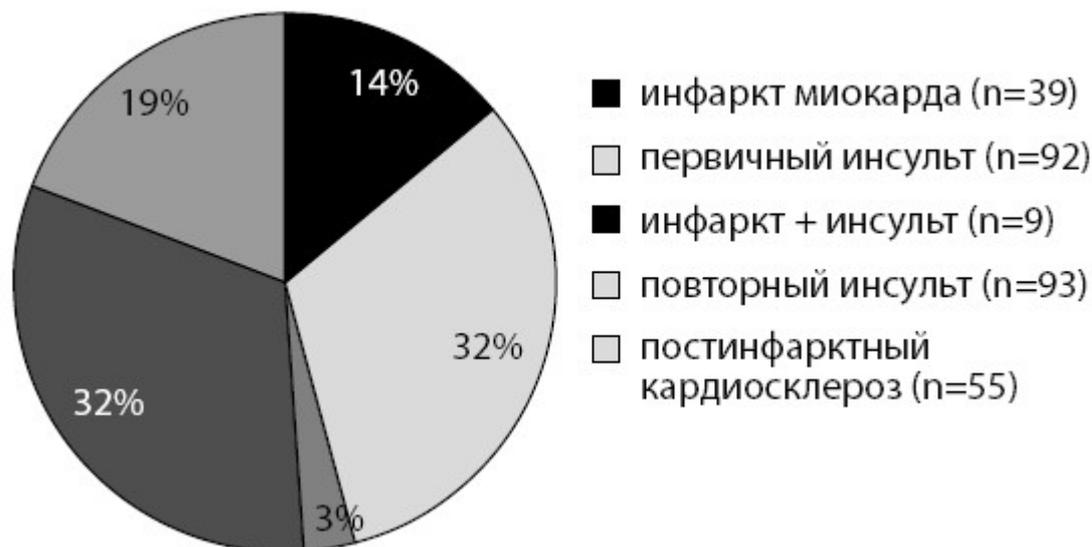


Рисунок 9. Инсульт и инфаркт миокарда у «сосудистых» больных (число аутопсий – 288)

Таким образом, причиной смерти у данного коморбидного пациента были тромботические осложнения ФП: ишемический инфаркт головного мозга и ТЭЛА.

Следующим шагом в оценке масштабов проблемы ФП была предпринята попытка создать реестр амбулаторных пациентов с ФП. Для этого была разработана индивидуальная регистрационная карта больного ФП, в которой отмечались основные факторы риска, анамнестические данные, гемодинамические показатели, лабораторные маркеры, назначенные лекарственные препараты, а также шкалы оценки риска тромботических и геморрагических событий.

При оценке 323 карт больных с ФП, первое, что обращает на себя внимание – это диссонанс высокого исходного риска тромботических осложнений и неадекватной анти тромботической терапии, проводимой на амбулаторном этапе. Среди 323 пациентов постоянно наблюдаются в поликлинике 185 больных (57%). У подавляющего большинства из них была АГ, реже встречались СД 2-го типа, ХОБЛ и ожирение (рис. 10). У 223 была ХСН, 93 уже перенесли инсульт и 82 – инфаркт миокарда.

Таким образом, ФП обуславливает почти в 70% развитие тромботических осложнений, из которых самым частым (67%) является инсульт. Более того, в 45% инсульт сочетается с ТЭЛА.

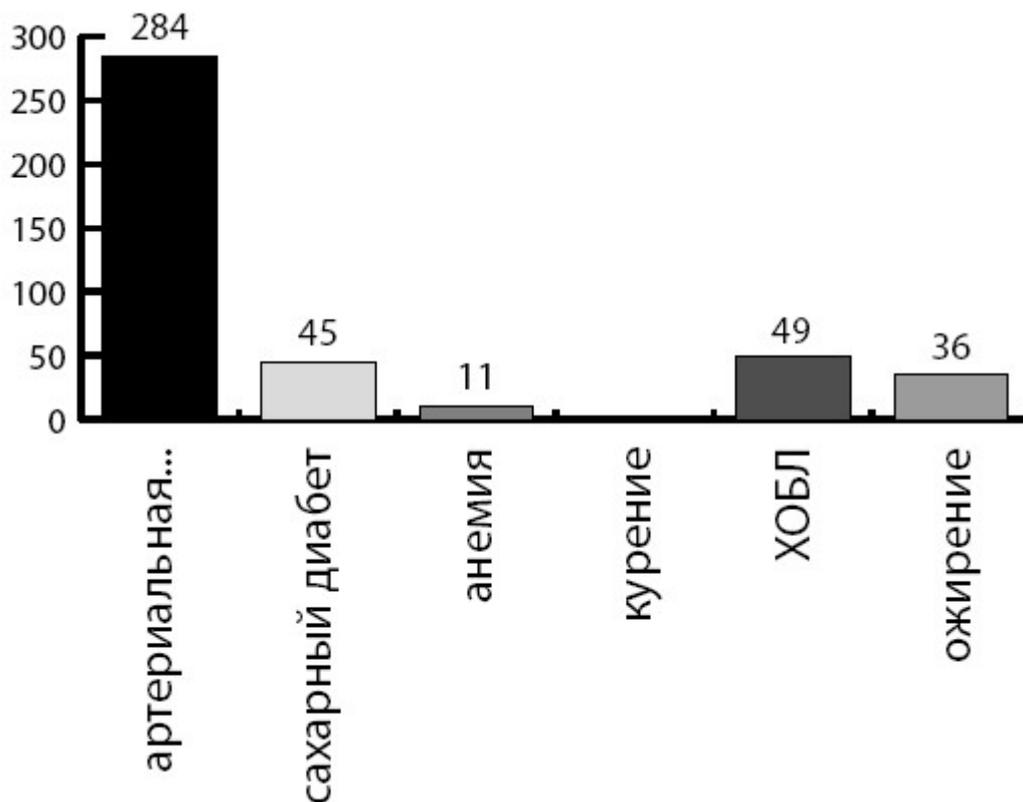


Рисунок 10. Факторы риска и сопутствующие заболевания у амбулаторных пациентов с ФП (число наблюдений – 323)

Итак, ФП определяется в 27 % у умерших больных от ССЗ на фоне коморбидной патологии. При ФП почти в 70 % развиваются тромботические осложнения, в том числе в 67 % – инсульты и в 45 % – в сочетании с ТЭЛА.

В 2010 году Европейское общество кардиологов опубликовало Рекомендации по ведению пациентов с ФП. Однако спустя два года, в 2012 году, были опубликованы новые пересмотренные рекомендации, а также рекомендации Российского кардиологического общества. Такое скорое обновление рекомендаций обусловлено появлением новых лекарственных препаратов из группы пероральных антикоагулянтов и публикациями результатов крупных клинических исследований по их применению.

Согласно Рекомендациям Европейского и Российского кардиологического обществ ФП – это беспорядочное возбуждение и сокращение различных участков миокарда предсердий вместо согласованного его сокращения [1]. Для подтверждения диагноза достаточно зарегистрировать ФП на стандартной электрокардиограмме (ЭКГ), снятой в 12 отведениях. На ЭКГ это проявляется нерегулярными интервалами RR; отсутствием зубцов P; а если зубцы P определяются, то интервал между двумя возбуждениями предсердий составляет <200 мс (>300 ударов в минуту).

Термин ФП объединяет мерцательную аритмию и трепетание предсердий, которые имеют сходные этиологические и патогенетические факторы, электрофизиологические механизмы развития, одинаковые клинические проявления, а также исходы. Клинические симптомы ФП представлены перебоями в работе сердца, сердцебиением и ощущением замирания, головокружением и одышкой. Неблагоприятные исходы ФП определяют тромботические осложнения, в том числе ТЭЛА, инфаркт головного мозга и инфаркт миокарда.

В соответствии с рекомендациями выделяют следующие типы ФП:

- # впервые выявленная – любой впервые диагностированный эпизод;
- # пароксизмальная – длительность до 7 суток, самопроизвольное прекращение, обычно в первые 48 ч;
- # персистирующая – самостоятельно не прекращается, продолжается более 7 дней;
- # длительно персистирующая – продолжается в течение ≥ 1 года, и выбрана стратегия контроля ритма сердца;
- # постоянная – сохранение аритмии.

Кроме того, выделяют также бессимптомные эпизоды ФП, которые не проявляются клинически и регистрируются случайно. При этом риск развития тромботических осложнений одинаков, как при коротких эпизодах, так и при стойких формах. Для регистрации не постоянных форм ФП может использоваться ЭКГ-мониторинг и холтеровское мониторирование. Высокая частота тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП обусловлена рядом причин:

- # тромбоз левого предсердия;
- # активация свертывающей системы (гиперкоагуляция);
- # усиление агрегации тромбоцитов;
- # эндотелиальная дисфункция.

Европейское общество по изучению сердечного ритма (ERNA – European heart rhythm association) разработало классификацию ФП в соответствии с выраженностью клинических проявлений.

1. **ERNA I** – клинических симптомов ФП нет.
2. **ERNA II** – симптомы ФП выражены средне, привычная физическая активность не изменена.
3. **ERNA III** – выраженные клинические проявления, ограничивающие физическую активность.
4. **ERNA IV** – тяжелые клинические проявления, инвалидизация пациента.

Согласно Рекомендациям при подозрении на наличие ФП у пациента следует уточнить некоторые анамнестические данные с помощью дополнительных вопросов:

1. Когда вы ощущаете приступ сердцебиения, то сердечный ритм при этом регулярный или нет?
2. Есть ли какие-то предрасполагающие данному приступу факторы (физическая активность, прием алкоголя, стресс)?
3. Сильно ли выражены симптомы во время приступа (можно оценить по шкале ERNA)?
4. Как часто возникают подобные эпизоды и как долго они продолжаются?
5. Есть ли у вас какие-то сопутствующие хронические заболевания, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, перенесенный инсульт или инфаркт миокарда, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, заболевания периферических артерий?
6. Вы злоупотребляете алкоголем?
7. У кого-то из ближайших родственников была фибрилляция предсердий?

Назначая лечение при ФП, следует помнить, что в данном случае терапия имеет основные цели:

- # уменьшение проявления симптомов ФП;
- # профилактика осложнений;
- # оптимальное лечение основного и сопутствующих заболеваний;
- # контроль ЧСС;
- # коррекция нарушения ритма при необходимости.

Источником тромбоэмболий у пациентов с ФП часто (до 24 % случаев) является ушко левого предсердия [9]. Причина лежит в анатомических особенностях его строения, которые предрасполагают к тромбообразованию: неровная внутренняя поверхность за счет гребенчатых мышц и мышечных трабекул, конусовидная форма. У пациентов с ФП, как правило, полость левого предсердия дилатирована, его систолическая функция нарушена, ушко также дилатировано, опорожнение его происходит пассивно, кровоток в нем замедлен [10].

Поскольку ФП является самостоятельным фактором риска тромботических событий, то необходимо более тщательно проводить стратификацию риска инсульта с позиций других факторов. Результатом наиболее известных когортных исследований AFI (Atrial Fibrillation Investigators) и SPAF (Stroke Prevention Atrial Fibrillation) стала шкала оценки риска тромботических осложнений у пациентов с ФП – CHADS2 [11, 12] (см. табл. 2). Для получения индивидуальной оценки риска необходимо сложить баллы в соответствии с наличием или отсутствием факторов риска у пациента.

Таблица 2
Шкала CHADS2

C (Congestive heart failure)	Сердечная недостаточность	1 балл
H (Hypertension)	Артериальная гипертензия	1 балл
A (Age>75)	Возраст старше 75	1 балл
D (Diabetes)	Сахарный диабет	1 балл
S (Stroke or TIA)	Перенесенный инсульт или ТИА	2 балла

Однако в процессе применения был выявлен ряд недостатков данной шкалы, что потребовало ее модификации. В частности, реальное число инсультов пациентов низкого (0 баллов) и среднего риска (1 балл) оказалось выше, чем это ожидалось в соответствии со шкалой CHADS2, поскольку некоторые дополнительные факторы риска, важные для оценки, были недооценены и не включены в шкалу [23, 24].

Исследование The Euro Heart Survey for AF, которое включило более пяти тысяч пациентов с ФП, продемонстрировало результаты, которые дали основание включению дополнительных факторов риска в шкалу CHADS2. К этим факторам относятся женский пол, возраст от 65 до 74 лет и сосудистые поражения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.