!ZU_2012_18.qxd 15.10.2012 12:17 Page 12

Лікування аритмій серця: роль лікаря загальної практики

О.Й. Жарінов

Стратегія ведення пацієнтів із порушеннями ритму серця (ПРС) протягом останніх 10-15 років зазнала кардинальних змін. Разом із розвитком інтервенційних методів лікування аритмій, розширенням можливостей застосування імплантованих пристроїв відбулося розмежування різних рівнів надання допомоги особам з ПРС, і сьогодні можна чітко визначити межі компетенції лікарів загальної практики, кардіологів-терапевтів і фахівців з клінічної електрофізіології серця щодо курації цієї когорти хворих.

Про роль лікаря загальної практики – першого фахівця, до якого звертається пацієнт з ПРС, – в діагностиці та лікуванні аритмій на сучасному етапі, а також про інші аспекти надання спеціалізованої допомоги кореспонденту «Медичної газети «Здоров'я України» розповів **професор кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук Олег Йосипович Жарінов:**

Що є головним завданням лікаря загальної практики під час обстеження пацієнтів з ПРС?

– Принципи первинної діагностики ПРС у клінічній практиці останнім часом істотно не змінились. Основне завдання лікаря загальної практики – спробувати встановити діагноз аритмії, оцінити її клінічне та прогностичне значення, визначити потребу в наданні спеціалізованої допомоги.

Першим кроком, дуже важливим для досягнення цієї мети, є початковий етап діагностичного пошуку – опитування пацієнтів, націлене на з'ясування наявності умов (фізичного перенавантаження, психоемоційного стресу, прийому їжі, кофеїну, алкоголю, куріння і т. ін.) або фонових станів (тиреотоксикозу, пролапсу мітрального клапана, перикардиту, гіпокаліємії, спадкових розладів), що сприяють виникненню нападу або посиленню аритмії.

Виявлення зв'язку ПРС з одним із вищезазначених факторів допоможе попередньо встановити характер аритмії, зокрема здійснити диференціацію вагусних та адренергічних аритмій, а також визначити подальшу тактику ведення пацієнта.

Які саме ознаки та симптоми можуть допомогти у встановленні характеру аритмії і вирішенні питання щодо необхідності обстеження в умовах спеціалізованого центру?

– Зникнення аритмії під час навантаження та її відновлення у стані спокою свідчить про доброякісний характер ПРС. Натомість збільшення кількості екстрасистол або поява тахіаритмій під час навантаження свідчать про можливий зв'язок аритмії з ішемією міокарда, що потребує подальшого уточнення. Вагусні пароксизми фібриляції передсердь (ФП) у типових випадках виникають у чоловіків середнього віку, часто після прийому надмірної кількості їжі, інколи – алкоголю. Пік їх формування припадає на вечірні та нічні години, вони не супроводжуються вираженою тахікардією і можуть поєднуватися з тріпотінням передсердь. Вагусні пароксизми здебільшого з'являються, припиняються і знову виникають протягом багатьох років без тенденції до формування постійної ФП. Адренергічні пароксизми ФП більш характерні для пацієнтів із структурним захворюванням серця, передусім з ішемічною хворобою серця (ІХС), часто це особи похилого віку. Ці порушення ритму виникають на тлі тахікардії, фізичного або психоемоційного стресу і зазвичай супроводжуються вираженою тахікардією.

Якщо пацієнт є досить спостережливим, його відповіді під час опитування допомагають здійснити орієнтовну диференціацію екстрасистолії та ФП, тахі- і брадикардії, ритмічного й неритмічного серцебиття. Наприклад, раптова поява швидких поштовхів у шиї дозволяє припустити наявність атріовентрикулярної (АВ) вузлової тахікардії за механізмом повторного входу збудження. Поступові початок і припинення епізоду тахікардії можуть свідчити про синусову тахікардію, наявність прискорених ектопічних ритмів або аритмій за механізмом патологічного автоматизму.

Опитуючи хворого, також важливо здійснити диференціацію гемодинамічних і негемодинамічних симптомів аритмії. Зокрема, виникнення на тлі епізоду аритмії непритомності, запаморочення, стенокардії і симптомів серцевої недостатності свідчить про високу ймовірність порушень гемодинаміки, спричинених ПРС, і вимагає обов'язкового їх лікування та профілактики. У цьому випадку потрібно негайно направити пацієнта на консультацію до кардіолога, бажано в спеціалізований аритмологічний центр.

Які ще компоненти діагностичного пошуку в пацієнтів з ПРС є компетенцією лікаря загальної практики?

– До таких компонентів належать, по-перше, фізикальне обстеження, спрямоване на виявлення артеріальної гіпертензії, дисфункції міокарда, серцевої недостатності або ураження клапанів серця, що істотно впливають на тактику ведення пацієнта з ПРС. Аускультація серця та пальпація пульсу в багатьох випадках дозволяють попередньо встановити характер ПРС. У пацієнтів з тахікардією невідомої природи і широкими комплексами QRS додаткові хвилі на пульсових коливаннях у яремній вені, викликані скороченням передсердя у разі закритого тристулкового клапана, вказують на АВ-дисоціацію у зв'язку з пароксизмом шлуночкової тахікардії. Важливу для діагностики аритмій інформацію може забезпечити масаж каротидного синуса, що провокує рефлекторне зростання вагусної і послаблення симпатичної активності. Раптове припинення пароксизму свідчить про високу ймовірність надшлуночкової тахікардії за механізмом повторного входу збудження. У цьому випадку пацієнта має оглянути кардіолог з метою оцінки показань до катетерного лікування аритмії.

Обов'язковим компонентом загальноклінічного обстеження пацієнтів з ПРС є дослідження рівнів калію і натрію в сироватці крові, біохімічних показників, які характеризують функцію печінки та нирок. У разі вперше виявленої тахіаритмії (зокрема, ФП) здійснюють пальпацію щитовидної залози і, за необхідності, аналіз крові на вміст тиреотропного гормону.

Яку роль відіграє ЕКГ-обстеження в первинній діагностиці ПРС?

– У більшості випадків метод електрокардіографії (ЕКГ) дає змогу достовірно діагностувати тип аритмії. За можливості реєструють ЕКГ у 12 відведеннях під час приступу аритмії, тому що зубці Р, хвилі тріпотіння або компоненти комплексу QRS у певних відведеннях можуть бути ізоелектричними. Більш тривалу реєстрацію ритму слід здійснювати у відведеннях, у яких легко розрізнити зубці Р; зазвичай це V_1 або II відведення.

У ході початкового обстеження пацієнтів із підозрою на тахіаритмії потрібно звернути увагу на наявність ознак передчасного збудження (преекзитації) шлуночків. У випадку їх виявлення необхідне спеціалізоване електрофізіологічне обстеження для верифікації діагнозу. Так само продовжують діагностичний пошук за наявності синкопальних станів, асоційованих з ПРС. В інших ситуаціях основне завдання діагностичного пошуку полягає в тому, щоб зареєструвати епізод тахіаритмії. З цією метою лікар загальної практики може рутинно застосовувати простий і доступний метод фрагментарного моніторування ЕКГ.

Цей метод передусім використовується для документування порушень ритму або провідності серця, які виникають відносно рідко, наприклад щотижня або щомісяця. Простий у користуванні та невеликий за розмірами пристрій, який пацієнт активує в момент появи скарг, дозволяє самостійно здійснити реєстрацію ЕКГ в одному каналі в амбулаторних умовах. Після цього ЕКГ транслюється лікареві телефоном або на електронну скриньку для здійснення аналізу. У випадку петлевого моніторування реєстратор постійно під'єднаний до грудної клітки протягом кількох тижнів, при цьому в пам'яті пристрою постійно залишається лише певний проміжок ЕКГ (наприклад, остання хвилина), і активація пристрою дозволяє зберегти його для подальшого аналізу. Таким чином, лікар отримує змогу оцінити ЕКГ не лише після початку, а й до моменту виникнення ПРС. Пристрої для петлевого моніторування найдоцільніше використовувати у разі нечастих, відносно нетяжких, але стійких симптомів, зумовлених, імовірно, ПРС. Наголосимо, що у випадку оцінки причини нечастих нападів серцебиття і синкопальних станів фрагментарне моніторування характеризується вдалим співвідношенням вартості й інформативності. Ще раз хочеться наголосити, що на відміну від добового моніторування ЕКГ цей метод цілком доступний для використання лікарем загальної практики.

Інтерпретуючи дані ЕКГ у 12 відведеннях і фрагментарного моніторування ЕКГ, потрібно враховувати, що деякі порушення ритму і провідності серця можуть виникати в практично здорових осіб. Зокрема, здебільшого непотрібно призначати спеціального лікування за таких порушень ритму і провідності серця, як поодинокі, монотопні надшлуночкові та шлуночкові екстрасистоли, міграція водія ритму в передсердях, синусова брадикардія (особливо в молодих людей і спортсменів), АВ-блокада I ступеня, II ступеня 1 типу, синоатріальна блокада II ступеня 1 типу з паузами між сусідніми шлуночковими скороченнями тривалістю до 2 с. Водночас факт виявлення деяких аритмій і порушень провідності не дозволяє вважати пацієнта здоровим навіть за повної відсутності скарг. До таких аритмій належать шлуночкова тахікардія, надшлуночкові тахікардії, ФП або тріпотіння передсердь, паузи тривалістю понад 2,5-3 с, епізоди АВ-блокади II ступеня 2 типу або III ступеня, синоатріальної блокади II ступеня 2 типу, зупинки синусового вузла, активного чи пасивного передсердного, вузлового та ідіовентрикулярного ритмів. У разі виявлення цих аритмій та порушень провідності пацієнти потребують подальшого обстеження, відповідного лікування або спостереження.

Чи існують клінічні критерії диференціальної діагностики тахіаритмій, які може використовувати лікар загальної практики, встановлюючи попередній діагноз у пацієнта з ПРС та складаючи план додаткового обстеження?

– Цими критеріями, зокрема, є вік пацієнта, наявність або відсутність у нього структурних аномалій серця та інших фонових станів, клінічні та ЕКГ-риси тахіаритмії.

Наприклад, шлуночкова тахікардія зазвичай не виникає за відсутності патології міокарда, кількість шлуночкових екстрасистол може залежати від вираженості структурного ураження міокарда шлуночків, а ймовірність формування та стабілізації ФП – від розмірів лівого передсердя. Надшлуночкові тахікардії найчастіше спостерігаються у молодих пацієнтів без тяжких структурних змін міокарда, натомість шлуночкові – у пацієнтів з ураженнями міокарда різного ґенезу, ФП – у хворих на серцеву недостатність (СН), мітральний стеноз або тиреотоксикоз, а також в осіб старших вікових груп (табл.).

!ZU_2012_18.qxd 15.10.2012 12:17 Page 13

Які напрями лікування ПРС на сьогодні є пріоритетними?

– В останні роки спостерігається радикалізація підходів до лікування ПРС, що зумовлено розвитком високих технологій і впровадженням їх у клінічну практику. Провідне значення в лікуванні ПРС сьогодні відіграють катетерні втручання та імплантація пристроїв, таких як кардіостимулятори, внутрішні кардіовертери-дефібрилятори. З іншого боку, істотно зменшилося значення тривалої терапії антиаритмічними засобами, що зумовлено несприятливим співвідношенням очікуваної користі та потенційного ризику терапії багатьма антиаритмічними засобами.

Перебої в роботі серця, відчуття серцебиття, тривоги та страху у зв'язку з ПРС передусім погіршують якість життя хворих. У цьому випадку пріоритетним напрямом лікування нерідко є усунення клінічно виражених симптомів, а не власне аритмії (найчастіше – екстрасистолії), яка в основному не впливає на прогноз виживання хворих. Часто аритмії є повністю безсимптомними та виявляються випадково. У разі безсимптомної або малосимптомної (навіть частої) екстрасистолії ризик призначення антиаритмічних засобів може бути більшим, ніж користь, тому антиаритмічна терапія здебільшого не показана. За безсимптомної ФП потрібно вирішувати питання про доцільність антитромботичної терапії з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень. Крім того, необхідно забезпечити контроль частоти шлуночкових скорочень. У переважній більшості випадків такий пацієнт не потребує консультації вузького фахівця.

Спеціалістам первинної ланки системи охорони здоров'я найчастіше доводитися спостерігати пацієнтів з постійною або пароксизмальною формами ФП. Які аспекти лікування цих хворих належать до компетенції лікарів загальної практики?

– ФП – найпоширеніша серед тахіаритмій, і природно, що лише найскладніші питання лікування її першого епізоду, корекції декомпенсації кровообігу, підбору антиаритмічної терапії та оцінки показань до інтервенційних втручань можуть бути прерогативою кардіологів і фахівців з клінічної електрофізіології серця. Отже, в компетенції лікаря загальної практики залишаються рутинні аспекти ведення пацієнтів з ФП: вирішення питання щодо доцільності профілактики тромбоемболічних ускладнень, вибір оптимальної стратегії лікування, здійснення контролю ефективності та безпеки антитромботичної й антиаритмічної терапії в амбулаторних умовах, з'ясування доцільності госпіталізації.

Антикоагулянтна терапія є одним з найважливіших аспектів ведення цих хворих. Відомо, що ФП характеризується високим ризиком розвитку тромбоемболічних ускладнень, насамперед ішемічного інсульту. Які на сьогодні існують критерії щодо визначення ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ФП?

– Для стратифікації ризику тромбоемболій у випадку неклапанної ФП сьогодні використовується шкала CHA_2DS_2-VASc, принципово відмінна від попередньої ($CHADS_2$). Зокрема, по-іншому оцінюються деякі фактори ризику, з'явилися й додаткові чинники. Наприклад, одним з головних факторів, крім перенесеного раніше інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) (2 бали за шкалою), в CHA_2DS_2-VASc є вік ≥75 років, який оцінюється в 2 бали (за $CHADS_2$ – 1 бал); також у CHA_2DS_2-VASc як фактори ризику розглядаються вік 65-74 років (1 бал), тромбоемболії в анамнезі (2 бали), жіноча стать (1 бал), судинна патологія (перенесений інфаркт міокарда, захворювання периферичних артерій, атеросклеротичні бляшки в аорті – 1 бал). Крім того, в оновленій шкалі врахували ще один з факторів ризику – застійну серцеву недостатність / дисфункцію лівого шлуночка (фракція викиду <40%).

Пацієнти, які набрали 0 балів за шкалою, можуть бути віднесені до групи низького ризику тромботичних ускладнень, що свідчить, як правило, про відсутність необхідності антикоагулянтної терапії. За оцінки 1 бал лікар індивідуалізовано здійснює вибір між антикоагулянтами і антитромбоцитарними засобами, а 2 балів і більше – показані антикоагулянти.

У разі використання варфарину для проведення антикоагулянтної терапії обов`язковим є ретельний контроль системи згортання крові. Найбільш точною є оцінка міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС), що дозволяє стандартизувати результати, отримані в різних лабораторіях. Для профілактики інсульту в разі ФП у більшості випадків оптимальним вважається помірний режим гіпокоагуляції зі значеннями МНС від 2 до 3, що орієнтовно відповідає протромбіновому індексу 50-60%. Зручною альтернативою є застосування новітніх антикоагулянтів, таких як ривароксабан або дабігатран, яке дозволяє уникнути потреби в частому контролі показників згортання крові, але суттєво збільшує вартість лікування.

Отже, важливими завданнями лікаря, який здійснює амбулаторне ведення пацієнта з ФП, є забезпечення його прихильності до довгострокового прийому антикоагулянтів і регулярний моніторинг коагуляції у випадку призначення варфарину.

У більшості пацієнтів з постійною формою ФП необхідно контролювати частоту серцевих скорочень (ЧСС). Чим це зумовлено і яку терапію слід призначати з метою контролю ЧСС?

– Необхідність контролю ЧСС у разі ФП зумовлена, по-перше, негативним впливом тахісистолії на стан гемодинаміки в пацієнтів із серцевою недостатністю. По-друге, тривала тахікардія здатна призводити до формування СН через виникнення тахікардіоміопатії – зворотної дилатації порожнин серця. Крім того, у випадку ФП часті неритмічні серцеві скорочення нерідко супроводжуються клінічними симптомами та/або проявами СН, які погіршують якість життя пацієнтів. Згідно з чинними рекомендаціями у будь-якому випадку ЧСС потрібно знизити до <110 уд/хв у спокої, а при збереженні клінічних симптомів – прагнути до подальшого зниження ЧСС (<80 уд/хв).

Очевидно, оптимальна ЧСС певною мірою залежить від вихідної вираженості тахісистолії.

Контроль ЧСС досягається за допомогою препаратів, що збільшують рефрактерність АВ-вузла та сповільнюють провідність. З цією метою у разі постійної форми ФП застосовують серцеві глікозиди, β-адреноблокатори та недигідропіридинові антагоністи кальцію. Основні переваги глікозидів полягають у їх позитивному інотропному ефекті, доступності та зручності застосування. Утім, адекватно контролюючи ЧСС у спокої, ці препарати майже повністю втрачають свій ефект під час навантажень. Основний механізм зменшення ЧСС на тлі застосування серцевих глікозидів – стимуляція парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Натомість у ситуації фізичних навантажень та емоційного стресу істотно збільшується активність симпатичного відділу, а це нерідко нівелює ефект серцевих глікозидів.

Реальною альтернативою глікозидам є β-адреноблокатори. За здатністю сповільнювати ЧСС у спокої вони не поступаються дигоксину, а під час навантажень мають переваги. β-Адреноблокатори особливо показані пацієнтам, у яких ФП поєднується з артеріальною гіпертензією чи ІХС. Альтернативу цим засобам можуть становити недигідропіридинові антагоністи кальцію верапаміл або дилтіазем. Їх доцільно застосовувати в пацієнтів з бронхоспастичним синдромом, тяжкими порушеннями периферичного кровообігу, інсулінозалежним цукровим діабетом, тобто з обмеженнями для застосування β-адреноблокаторів. З іншого боку, верапаміл і дилтіазем протипоказані у разі застійної СН, а β-адреноблокатори є стандартною терапією в цієї категорії пацієнтів після досягнення стану еуволемії. Дигоксин, верапаміл і дилтіазем протипоказані також за наявності синдрому передчасного збудження шлуночків.

За відсутності СН β-адреноблокатори або недигідропіридинові антагоністи кальцію можна застосовувати як монотерапію. Водночас за вираженої тахісистолії для досягнення цільової ЧСС нерідко виправдане їх поєднання з невеликими дозами серцевих глікозидів. Ще одним резервним засобом контролю ЧСС є аміодарон. Якщо препарати виявляються неефективними, викликають побічні ефекти або ж існують протипоказання до їх прийому, альтернативою є метод катетерної радіочастотної абляції з деструкцією АВ-вузла та імплантацією кардіостимулятора.

У яких випадках лікування ФП можливо проводити в амбулаторних умовах і коли пацієнти потребують стаціонарного нагляду?

– Серед усіх порушень серцевого ритму ФП зумовлює найбільшу кількість госпіталізацій. Переважними причинами перебування пацієнта з ФП у клініці є гостре погіршення стану гемодинаміки на тлі пароксизму, декомпенсація кровообігу, необхідність обстеження та підбору терапії, у тому числі здійснення кардіоверсії. Природно, що пацієнтів з цією патологією госпіталізують також у разі виникнення будь-яких тяжких серцево-судинних ускладнень, у тому числі інсультів і ТІА. Але в багатьох випадках адекватну допомогу пацієнту з ФП з найменшими витратами можна і потрібно надавати в амбулаторних умовах.

Від рішення про початок надання допомоги в стаціонарі чи в амбулаторних умовах залежать не лише ефективність та безпека, а й вартість лікування і значною мірою психологічний комфорт та якість життя пацієнта. У кожному конкретному випадку таке рішення ухвалюється індивідуально, залежно від стабільності стану гемодинаміки, наявності структурного захворювання серця, вибору антиаритмічних засобів, необхідності в антикоагулянтній терапії, прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря, а також попереднього досвіду лікування ФП.

Лікування пароксизмальної або персистуючої ФП необхідно починати в госпітальних умовах за наявності таких факторів:

- перший епізод ФП;
- тяжке структурне захворювання серця (наприклад, гострий коронарний синдром, СН і/або систолічна дисфункція лівого шлуночка) як причина ФП;
- нестабільність стану гемодинаміки та виражені клінічні симптоми аритмії;
- заплановане перше використання антиаритмічних засобів 1а класу або соталолу;
- наявність факторів високого ризику емболій.

Амбулаторне лікування пароксизмальної або персистуючої ФП можливе за таких умов:

- ФП без тяжкого структурного захворювання серця, у тому числі ідіопатична ФП;
- застосування таблетованих форм антиаритмічних засобів, які раніше були ефективними для припинення або профілактики ФП (зокрема, аміодарону, дронедарону, пропафенону);
- персистуюча ФП зі стабільним станом гемодинаміки на час призначення непрямих антикоагулянтів до планової кардіоверсії;
- пароксизмальна ФП в анамнезі, адекватна антикоагуляція;
- прихильність пацієнта до виконання рекомендацій лікаря, за необхідності – можливість дистанційного контролю ЕКГ.

Таким чином, до компетенції лікаря загальної практики належать чимало важливих аспектів діагностики та лікування ПРС, таких як здійснення загальноклінічного обстеження, встановлення ймовірного етіологічного фактора та тригерів аритмії, оцінка її зв'язку з фізичними та психоемоційними навантаженнями, клінічного і часто прогностичного значення. ЕКГ-метод, у тому числі з допомогою фрагментарного моніторування ЕКГ, залишається основою первинної діагностики ПРС. Лікар загальної практики приймає ключові рішення щодо стратегії і тактики лікування ФП – найпоширенішої тахіаритмії. Його компетенція охоплює оцінку ризику тромбоемболічних ускладнень, контроль ефективності та безпеки антитромботичної і антиаритмічної терапії в амбулаторних умовах, ухвалення рішення щодо доцільності госпіталізації. У зв'язку з цим існує очевидна потреба в підвищенні рівня підготовки лікарів загальної практики з діагностики та лікування ПРС.

Підготувала ***Наталя Очеретяна***

Таблиця. Клінічні критерії диференційної діагностики тахіаритмій

Тип аритмії	Вік початку, років	Фонові стани	Клінічні риси	Вихідна ЕКГ
Надшлуночкова тахікардія	Будь-який	Без структурних змін серця	Раптові початок і припинення, ритмічне серцебиття	Ознаки передчасного збудження шлуночків – у випадку АВ-реципрокної тахікардії
Фібриляція передсердь	≥60	Артеріальна гіпертензія, ІХС, захворювання клапанів серця	Неритмічне серцебиття, інколи персистуюче, безсимптомне	Гіпертрофія лівого шлуночка, зміни зубця Р і реполяризації
Синусова тахікардія	10-30	Без структурних змін серця	Поступові початок і припинення	Нормальна
Шлуночкова тахікардія	≥50	ІХС	Раптові початок і припинення, ритмічне серцебиття, синкопе, раптова смерть	Нерідко – патологічні Q

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476