

Дни аритмологии в Киеве: современные рекомендации и реальные знания

21-23 ноября 2012 г. в Киевском городском центре сердца прошла IV научно-практическая конференция «Дни аритмологии в Киеве». Проведение этого ежегодного мероприятия, посвященного вопросам диагностики, лечения и профилактики нарушений ритма сердца, на базе современного кардиологического и кардиохирургического центра уже стало традицией. Каждый год организаторы стараются сделать его программой максимально насыщенной и интересной, знакомя практикующих врачей с новыми мировыми достижениями в области лечения аритмий, рекомендациями международных экспертов, практическими аспектами ведения пациентов с нарушениями ритма сердца. Три дня, включивших семинар по Холтеровскому мониторингу ЭКГ у пациентов с постоянным электрокардиостимулятором, лекции ведущих специалистов Украины и России в области аритмологии, интерактивные мастер-классы, телемост с участием профессора И. Гуссака (США), трансляцию клинических случаев, существенно пополнили багаж знаний молодых специалистов и обогатили опыт врачей с многолетним стажем. В ходе конференции специальная награда Всеукраинской ассоциации специалистов по аритмологии и электрофизиологии сердца за 2012 г. была вручена доктору медицинских наук, профессору Ю.И. Карпенко (Одесса) – одному из ведущих специалистов страны в области интервенционной аритмологии.



Насколько знания практических врачей в области ведения пациентов с нарушениями ритма сердца соответствуют современным рекомендациям, показали результаты интерактивных опросов, которые приводятся в данной публикации.

Актуальному вопросу аритмологии и кардиологии в целом – профилактике внезапной кардиальной смерти (ВКС) – был посвящен доклад **доктора медицинских наук, старшего научного сотрудника отдела реанимации и интенсивной терапии НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины Олега Игоревича Иркина.**

– ВКС принадлежит наибольшая доля (36%) в структуре всех смертей в мире. Ежегодно она уносит жизни 400 тыс. человек в Российской Федерации и 465 тыс. – в США. Проблема ВКС тесно связана с вопросами профилактики и лечения желудочковых тахикардий, в структуре которых выделяют: ускоренный идиовентрикулярный ритм, нестойкие мономорфную и полиморфную желудочковые тахикардии (ЖТ), стойкие мономорфную и полиморфную ЖТ, трепетание и фибрилляцию желудочков (ФЖ).

? Относится ли ускоренный идиовентрикулярный ритм к жизнеугрожающим ЖТ, может ли он обуславливать прогрессирование заболеваний или являться каким-либо маркером?

Правильный ответ:

Ускоренный идиовентрикулярный ритм – наиболее частый маркер успешной реваскуляризации миокарда при ОКС с подъемом сегмента ST – дали 8% слушателей. Более 70% считают, что он может ухудшать течение заболеваний и прогноз, что соответствует действительности в определенных ситуациях.

Наибольшее внимание в отношении профилактики ВКС привлекают ЖТ с нарушениями гемодинамики (мономорфная и полиморфная), трепетание и ФЖ. В отличие от нестойких ЖТ, которые ухудшают прогноз только в определенных ситуациях (возникновение при нагрузках; позже 24 ч от появления симптомов острого коронарного синдрома (ОКС); сочетание с потерей сознания у лиц молодого возраста), стойкие ЖТ имеют важное прогностическое значение, а их доля в структуре ВКС составляет 62%.

Серьезность проблемы ВКС обусловила создание в 2005 г. четкого алгоритма ведения пациентов с остановкой кровообращения, получившего название «цепь выживания».

? Какие действия должны быть первыми при обнаружении человека с ВКС?

Правильный ответ:

Вызов службы специализированной помощи – дан в 15,8% случаев. Большинство слушателей – 57,9% – считают, что в первую очередь следует осуществить перикардиальный удар или непрямой массаж сердца (26,3%).

В последних исследованиях основное внимание было уделено сравнению эффективности сердечно-легочной (СЛР) и кардиocereбральной реанимации (КЦР). На основании полученных данных сделан вывод об их сопоставимой эффективности в отношении влияния на догоспитальную выживаемость пациентов, хотя нельзя было не принять во внимание более высокую выживаемость при выписке пациентов после КЦР (G. Perkins et al., 2011). Преимущество КЦР перед СЛР (почти трехкратное) в отношении выживаемости с нормальным неврологическим статусом сохранялось также через три года после реанимации (M. Kellum et al., 2008). В 2010 г. как в европейские, так и в американские руководства были внесены изменения в стратегию СЛР, и в настоящее время основной акцент при ее осуществлении делается на непрямой массаж сердца, тогда как искусственному дыханию в алгоритме реанимации отводится второстепенная роль.

Правильное проведение непрямого массажа сердца – важнейший фактор, влияющий на выживаемость при ВКС. При этом имеют значение большое количество нюансов: правильное расположение рук, частота компрессий (приблизительно 100/мин); глубина компрессии (5-6 см); полное расправление грудной клетки после каждой компрессии; поддержание одинакового времени для компрессии и декомпрессии; минимум остановок при проведении компрессий.

Важное место в алгоритме оказания помощи лицам с ВКС занимает дефибрилляция (в современных дефибрилляторах используется двухфазный или двухфазный прямоугольно-трапециевидный импульс), скорость проведения которой является вторым фактором, влияющим на выживаемость.

Роль догоспитальной гипотермии головного мозга продемонстрировали результаты исследований, проведенных в период с 1958 по 2007 год и показавших, что 6-месячная выживаемость пациентов, прибывших в стационар с лучшим неврологическим статусом после внегоспитальной реанимации с применением интраназальной гипотермии при СЛР, выше по сравнению с таковой у пациентов, у которых гипотермию не применяли.

Для медикаментозной поддержки при проведении СЛР и при неэффективности электроимпульсной терапии используют вазопрессорные препараты, антиаритмики (внутривенно), буферные и солевые растворы, стимуляторы электрической активности. При ВКС, связанной с ОКС и ТЭЛА, может быть целесообразным проведение фибринолитической терапии.

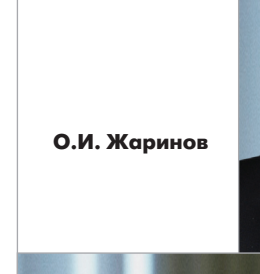
В современных рекомендациях по реанимации пациентов с жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма в качестве препарата выбора при неэффективности электроимпульсной терапии рекомендован амиодарон как препарат с подтвержденной эффективностью в предупреждении ВКС у пациентов с ЖТ/ФЖ, в отличие от лидокаина, в отношении которого доказательства отсутствуют.

Современная стратегия ведения пациентов ЖТ/ФЖ предполагает проведение СЛР до тех пор, пока на ЭКГ сохраняются признаки аритмии. Данная стратегия направлена на сохранение минимального метаболизма в миокарде, обеспечивающего потенциальную возможность восстановления самостоятельного кровообращения.

Несмотря на то что современные технологии предоставляют достаточно большие возможности для успешной реанимации пациентов с жизнеугрожающими аритмиями, в реальной клинической практике уровень выживаемости даже после успешной реанимации остается низким. В связи с этим главным направлением в профилактике ВКС является предупреждение развития ФЖ/ЖТ у пациентов высокого риска, и важная роль



О.И. Иркин



О.И. Жаринов



А.В. Ягенский



при этом отводится антиаритмической терапии. К пациентам высокого риска развития ЖТ относятся, в частности, пациенты с ишемической болезнью сердца: известно, что 80% случаев внезапной смерти обусловлены этим заболеванием, при этом большая часть связана с острыми нарушениями коронарного кровообращения. Кроме того, большинство регистров демонстрируют высокую частоту внегоспитальной аритмической смерти у пациентов, перенесших ОКС.

Изучению эффективности различных антиаритмических препаратов (ААП) в профилактике общей, кардиальной и аритмической смерти у пациентов высокого риска было посвящено большое количество исследований с применением антиаритмиков разных классов. Предполагалось, что эффективное устранение аритмий путем применения ААП будет способствовать снижению смертности пациентов, однако эти надежды оправдались не для всех препаратов.

Единственными ААП, на фоне приема которых в клинических исследованиях было отмечено снижение смертности у пациентов с систолической дисфункцией, являются бета-блокаторы и ААП III класса амиодарон.

В настоящее время бета-блокаторы (в первую очередь – пропранолол, карведилол) и амиодарон являются препаратами выбора при лечении аритмий у больных, имеющих органическое поражение сердца. Сочетанное применение амиодарона и бета-блокаторов в лечении таких пациентов способствует достоверно большему снижению частоты общей и аритмической смерти по сравнению с монотерапией амиодароном независимо от частоты сердечных сокращений (Dorian et al., CAMIAT, 1997).

Важным аспектом медикаментозной терапии пациентов после инфаркта миокарда (ИМ) с признаками сердечной недостаточности (СН) является назначение эплеренона, показавшего снижение внезапной аритмической смерти в исследовании EPHEBUS; блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, а также статинов.



Kamil Adalet Oct. 2012, Istanbul

Рис. Ведение пациентов с «электрическим штормом»



? Как влияют статины на электрическую нестабильность миокарда?

Правильный ответ:

Снижают частоту развития ЖТ/ФЖ у пациентов с коронарной болезнью сердца – был дан в 63,9% случаев.

Способность статинов снижать частоту развития повторных ЖТ была показана в исследовании AVID, а также в недавнем метаанализе, результаты которого свидетельствуют о том, что применение статинов у пациентов с коронарной патологией и неишемической кардиомиопатией способствует снижению частоты развития ЖТ на 31%. Это является весомым аргументом в пользу назначения статинов пациентам с риском развития ЖТ.

Доказана эффективность в профилактике внезапной аритмической смерти для имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) – подавляющее большинство исследований, спланированных для изучения ее эффективности в первичной и вторичной профилактике ВКС у пациентов с ИМ и дисфункцией левого желудочка, продемонстрировали значительное преимущество ИКД. Однако исследование DINAMIT свидетельствовало о нецелесообразности проведения ИКД пациентам с ИМ в первые семь суток после развития события. Одним из наиболее сильных предикторов смерти у пациентов с ИКД является «электрический шторм».

? Что такое «электрический шторм»?

Правильный ответ:

Три и более пароксизмов ЖТ/ФЖ, либо более трех электрических импульсов ИКД – получен в 7% случаев. Большинство участников дали определение «электрическому шторму» как «непрерывно рецидивирующая желудочковая тахикардия».

К числу потенциальных причин возникновения «электрического шторма» относятся: назначение проаритмических препаратов, прогрессирование СН, развитие ишемии миокарда, употребление алкоголя, нарушения электролитного баланса, эмоциональный стресс, послеоперационный период. Алгоритм ведения пациентов с «электрическим штормом» представлен на рисунке.

В настоящее время появляются данные об эффективности метода катетерной абляции (КА) в прерывании ФЖ и ЖТ у постинфарктных больных с дисфункцией левого желудочка, а также о его влиянии на выживаемость.

Таким образом, ведение пациентов с высоким риском возникновения ЖТ/ФЖ, перенесших ИМ и имеющих систолическую дисфункцию, должно быть комплексным и включать медикаментозную терапию: амиодарон, бета-блокаторы, ингибиторы РАС, статины, а также современные высокотехнологические методы – ИКД, КА.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов и доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого Андрей Владимирович Ягенский провели интерактивный мастер-класс «Фибрилляция предсердий: от первого эпизода до постоянной формы», в котором осветили вопросы антиаритмической терапии при этом заболевании.

– Каждый пациент с фибрилляцией предсердий (ФП) нуждается в индивидуальном подходе при осуществлении как медикаментозной, так и немедикаментозной терапии. Выбор тактики ведения этих больных зависит от формы ФП (пароксизмальная, персистирующая, постоянная), состояния гемодинамики и наличия сопутствующих заболеваний. Согласно обновленной версии рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC, 2012) неотложная кардиоверсия показана при нестабильности гемодинамики (гипотензии, острой левожелудочковой недостаточности, затяжных приступах стенокардии с невозможностью коррекции частоты сердечных сокращений – ЧСС). У стабильных пациентов тактика ведения определяется с учетом многих факторов.

Первый эпизод ФП требует серьезного внимания и тщательного обследования на предмет выявления причины возникновения аритмии. Важной задачей при ведении таких больных является контроль ЧСС, и эта задача должна решаться независимо от клинической формы ФП.

? Какая тактика врача бригады скорой медицинской помощи при возникновении первого эпизода ФП длительностью 3 часа у пациента 58 лет без признаков застойной сердечной недостаточности и без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, с ЧСС 135 уд/мин и АД 110/70 мм рт. ст.?

Правильный ответ:

Пероральное назначение метопролола – дали только 17% голосовавших. 38% считают необходимой госпитализацию в реанимационное отделение; 30% – введение амиодарона.



Согласно современным рекомендациям при первом эпизоде ФП и отсутствии явной сопутствующей кардиальной патологии предпочтительным является назначение бета-блокаторов, которые быстро и надежно снижают ЧСС и в какой-то мере предупреждают возникновение более опасных нарушений ритма, особенно в ситуациях, когда причина первого эпизода ФП неизвестна. Короткий, впервые возникший пароксизм ФП при отсутствии симптомов и низком риске повторных эпизодов не требует длительного применения ААП и назначения антикоагулянтной терапии, хотя с позиции здравого смысла прием антикоагулянтов и/или аспирина нередко целесообразен.

? Какая антиаритмическая терапия назначается пациентам с впервые возникшим коротким эпизодом ФП?

Правильные ответы:

Амиодарон в/в или пропafenон – были даны в 20,3 и 28,1% соответственно.

При наличии таких факторов риска, как повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, может обсуждаться вопрос о назначении средств первичной кардиоваскулярной профилактики, в том числе ингибиторов АПФ и статинов.

Контроль ЧСС у пациентов с повторяющимися эпизодами ФП и сопутствующими состояниями подразумевает использование дифференцированного подхода. Наличие тяжелой СН обуславливает целесообразность применения сердечных гликозидов в сочетании с бета-блокаторами уже на первых этапах лечения; при артериальной гипертензии лечение следует начинать с препаратов, которые одновременно снижают уровень артериального давления и урежают ЧСС (бета-блокаторы или антагонист кальция верапамил); при хронической обструкции легких показаны верапамил и при необходимости – дигоксин. После достижения контроля ЧСС у пациентов с пароксизмальной или персистирующей формой ФП следует выбрать тактику дальнейшего лечения – восстановление синусового ритма или сохранение постоянной формы ФП. В исследованиях показана сопоставимая эффективность обеих стратегий, и каждая из них может быть выбрана в зависимости от клинической ситуации. Однако, как показали результаты крупного международного скринингового исследования REALISE, частота развития СН увеличивается по мере прогрессирования ФП от первого эпизода до пароксизмальной, персистирующей и постоянной форм, в связи с чем следует стремиться к сохранению синусового ритма, поскольку данная тактика ассоциируется с лучшими исходами.

? Тактика лечения пациента с повторяющимися на протяжении 4 мес эпизодами ФП, сопровождающимися ухудшением гемодинамики и неэффективной антиаритмической терапией (амиодарон на протяжении 2 нед)?

Правильный ответ:

Проведение электрической кардиоверсии – дали 65% участников опроса.

Для восстановления ритма при персистирующей форме ФП чаще всего используются амиодарон или электрическая кардиоверсия. Восстановление ритма ассоциируется с улучшением гемодинамических параметров и постепенным уменьшением камер сердца, что является важным аргументом в пользу таких вмешательств.

Выбор ААП при необходимости их назначения зависит от формы ФП, наличия структурного заболевания сердца и от условий, в которых проводится антиаритмическая терапия.

При пароксизмальной ФП и минимальных структурных изменениях в сердце или отсутствии таковых рекомендована медикаментозная антиаритмическая терапия. Больным с персистирующей формой ФП без структурных изменений в сердце амбулаторно для поддержания синусового ритма назначают пропafenон, дронедазон либо амиодарон, тогда как в стационаре, как правило, начинают лечение соталолом и дофетилидом. При неэффективности антиаритмической терапии следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения КА, особенно у молодых пациентов без структурных заболеваний. Иная тактика предусмотрена для пациентов, имеющих структурные заболевания сердца, которые не только ухудшают прогноз в целом, но и означают высокий риск развития повторных эпизодов нарушений ритма сердца. Основой антиаритмической терапии у таких больных является амиодарон. Назначение других препаратов, особенно препаратов класса IC этацизина и пропafenона, нецелесообразно. Если на фоне применения амиодарона в адекватной дозе ритм не восстанавливается, то следует решить вопрос одновременного применения электрической кардиоверсии.

Важным моментом является вопрос о том, на каком этапе следует рассмотреть возможность и целесообразность проведения КА? В соответствии с современными рекомендациями КА может рассматриваться в качестве терапии первой линии у отдельных симптомных больных с повторяющимися эпизодами ФП, а также как альтернатива лечению ААП с учетом предпочтений пациента, пользы и риска, сопряженных с этим видом лечения. Кроме того, КА может быть полезна в поддержании синусового ритма у пациентов с большим количеством симптомов, неэффективной антиаритмической терапией, нормальным или незначительно увеличенным левым предсердием, нормальной или незначительно сниженной функцией левого желудочка и при отсутствии тяжелых заболеваний легких.

? Профилактика повторных эпизодов ФП у пациента с повторяющимися на протяжении 4 нед приступами ФП неэффективной предыдущей терапией амиодароном (2 нед) при таких результатах ЭхоКГ: фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 35%, переднезадний размер левого предсердия 53 мм, правого желудочка – 31 мм?

Правильный ответ:

Назначение амиодарона в дозе 400 мг/сут в связи с недостаточно длительным для формирования выводов предыдущим курсом – был получен в 35% случаев. Нецелесообразен выбор катетерной абляции, что обусловлено выраженным поражением миокарда, в частности – увеличенными размерами левого предсердия и низкой ФВ ЛЖ (35% ответов) в связи с данными ЭхоКГ о размерах левого предсердия (53 мм), при которых такая процедура неэффективна.

Неотъемлемым аспектом ведения пациентов с ФП является антикоагулянтная терапия, которая показана пациентам с персистирующей ФП и длительностью эпизода не менее 48 ч при подготовке к кардиоверсии, а также с пароксизмальной и персистирующей формой ФП и риском развития тромбэмболических осложнений для их постоянной профилактики. Выбор антикоагулянтов у больных с СН (прямые антикоагулянты или антагонисты витамина К) зависит от степени выраженности заболевания. Пациентам с ФП и клапанной патологией сердца рекомендованы антагонисты витамина К; при ее отсутствии, даже при наличии 1 балла по шкале оценки риска развития инсульта (CHA₂DS₂-VASc), – антикоагулянтная терапия с использованием новых пероральных антикоагулянтов.

Таким образом, в ведении пациентов с ФП сегодня можно выделить следующие ключевые моменты:

- при возникновении первого эпизода ФП первоочередной задачей является выяснение причин его возникновения;
- при повторных эпизодах ФП выбор терапии зависит от основной патологии; сохранение синусового ритма имеет существенные преимущества;
- антикоагулянты показаны большинству пациентов с ФП независимо от формы заболевания;
- особое значение для прогноза пациентов с ФП имеет успешное лечение основного заболевания.

Конференция в Киевском городском центре сердца с интерактивным участием слушателей продемонстрировала, что такие мероприятия являются важной частью работы по повышению уровня образования врачей в вопросах ведения пациентов с нарушениями ритма сердца – одной из самых сложных сфер кардиологии. Сочетание профессионального и творческого подхода к обучению с привлечением современных технологий вызывает наибольший интерес практических врачей.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

