

Итоги 2013 года в мировой и отечественной кардиологии

Сопредседатель Ассоциации аритмологов Украины, модератор рабочей группы по нарушениям ритма сердца, руководитель отдела нарушений ритма сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев прокомментировал новые рекомендации по лечению пациентов с нарушениями ритма сердца.

? В 2013 году опубликованы важные документы, которые призваны усовершенствовать лечение пациентов с нарушениями ритма сердца. Расскажите подробнее об этих руководствах.

— В ушедшем году увидели свет практические рекомендации Европейской ассоциации ритма сердца (EHRA) по применению новых оральных антикоагулянтов (ОАК) в повседневной практике врачей, которые существенно облегчают задачи специалистов, вынужденных решать вопросы выбора современных ОАК у конкретных пациентов, целесообразности изменения доз этих препаратов при сопутствующих заболеваниях, их отмены в определенных ситуациях и т.д.

Кроме того, в 2013 году на Европейском конгрессе кардиологов были приняты новые рекомендации по кардиостимуляции и сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ). Обновленная версия руководства содержит ряд важных практических моментов, ориентируясь на которые, врачи смогут оптимизировать отбор пациентов для имплантации искусственных водителей ритма (ИВР) и проведения СРТ.

В частности, в разделе, посвященном показаниям к установке ИВР, сделан акцент на том, что для установления диагноза брадикардии достаточно проведения стандартного ЭКГ-исследования, если данное нарушение ритма носит постоянный характер.

В случаях наличия интермиттирующей брадикардии для ее документирования необходимы более длительная регистрация ЭКГ (амбулаторное мониторирование, имплантация монитора ЭКГ), проведение провокационных проб или электрофизиологическое исследование (ЭФИ). В руководстве предложены способы ЭКГ-мониторинга в зависимости от частоты симптомов (табл.).

В рекомендациях также указывается на то, что сегодня отсутствует четкая граница частоты сердечных сокращений (ЧСС), ниже которой имплантацию ИВР можно считать однозначно показанной. Наибольшее значение при принятии решения о необходимости стимуляции имеет корреляция между имеющимися симптомами и брадикардией. Таким образом, у пациентов с редкими симптомами решение вопроса о необходимости использования ИВР требует значительных усилий, поэтому попытка получить документированную ЭКГ во время синкопе является оправданной.

В соответствии с новыми европейскими рекомендациями имплантация ИВР показана пациентам с постоянной брадикардией (синусовой брадикардией или АВ-блокадой) в следующих ситуациях:

- если симптомы четко связаны с брадикардией, обусловленной слабостью синусового узла или АВ-блокадой;
- при третьей или второй степени АВ-блокады 2 типа независимо от симптомов;
- стимуляция может быть показана, если симптомы могут быть обусловлены брадикардией, даже если это нельзя считать доказанным.

У пациентов с интермиттирующей зафиксированной брадикардией (синусовая брадикардия или АВ-блокада) показаниями для стимуляции являются:

- симптоматическая брадикардия, связанная с блокадой синусового узла или АВ-блокадой;
- третья или вторая степень АВ-блокады 2 типа независимо от симптомов;
- рефлекс-асистолические обмороки: целесообразность стимуляции следует рассматривать у пациентов старше 40 лет с рецидивирующими, непредсказуемыми рефлекс-обмороками и задокументированной симптоматической паузой/паузами в связи с блокадой синусового узла или АВ-блокадой либо их комбинацией.

Что касается больных с синкопе и предполагаемой (не зафиксированной) брадикардией, то имплантация ИВР показана:

- пациентам с блокадой ножки пучка Гиса (БНПГ) — с чередующимися БНПГ, с БНПГ и положительными результатами ЭФИ (интервал HV >70 мс), со второй или третьей степенью блокады Гиса-Пуркинье, обнаруженными в ходе дополнительной стимуляции предсердий или при фармакологических пробах;
- отдельным пациентам с необъяснимыми синкопе и БНПГ;
- пациентам с синкопе вследствие синдрома каротидного синуса.

? На что необходимо обратить внимание врачей в разделе рекомендаций, посвященных СРТ?

— В рекомендациях четко представлены показания к проведению СРТ у разных категорий больных с сердечной недостаточностью, синусовым ритмом и фибрилляцией предсердий.

Исходя из критериев, предложенных данным руководством, у 5-10% пациентов с сердечной недостаточностью, возможно, имеется диссинхрония сердца, в связи с чем эти больные нуждаются в проведении СРТ. Это достаточно большое количество пациентов, учитывая общее число больных с сердечной недостаточностью.

СРТ — эффективная процедура, которая помогает восстановить АВ, меж- и внутрижелудочковую синхронность, улучшает функцию левого желудочка (ЛЖ), снижает функциональную митральную регургитацию и вызывает обратное ремоделирование ЛЖ. СРТ сегодня все шире используется в развитых странах и способствует не только возвращению к активной жизни многих пациентов с сердечной недостаточностью, но и увеличению выживаемости. В частности, это доказано для пациентов, соответствующих следующим параметрам:

- наличие хронической сердечной недостаточности II-IV функционального класса (ФК) по NYHA (с IV ФК — стабилизированные больные) на фоне оптимальной медикаментозной терапии;
- полная блокада левой ножки пучка Гиса;
- длительность комплекса QRS >150 мс;
- наличие синусового ритма.

В рекомендациях определена роль визуализирующих методов в оценке степени механической диссинхронии, критерии эффективности и пути оптимизации работы устройств СРТ, рассматриваются другие важные аспекты. Приведен также алгоритм выбора тактики ведения (абляция АВ-узла или имплантация СРТ-устройства) пациентов с фибрилляцией предсердий и оптимальной медикаментозной терапией (рис.).

Новые рекомендации, безусловно, помогут практикующим врачам в дальнейшем совершенствовать ведение пациентов с сердечной недостаточностью или сниженной фракцией выброса ЛЖ с синусовым ритмом и фибрилляцией предсердий, у которых медикаментозная терапия недостаточно эффективна.

? Как сегодня можно охарактеризовать ситуацию в Украине в области проведения процедур кардиостимуляции и СРТ?



О.С. Сычев

— За последние 3 года в нашей стране наблюдается рост количества имплантаций ИВР: в 2013 году в украинских центрах были установлены первично 6535 устройств (для сравнения — в 2010 году их количество составило 4661). При этом изменилось соотношение однокамерных и двухкамерных электрокардиостимуляторов: доля последних увеличилась почти до 50%. Это положительный момент, который соответствует общемировым тенденциям, поскольку работа двухкамерных стимуляторов способствует приближению характеристик ритма сердца к естественным. Однако по сравнению, например, с Польшей в нашей стране ежегодно устанавливается в 5 раз меньше ИВР на 1 млн населения. Количество же всех установленных за период 2002-2013 гг. СРТ-устройств не достигло 500. Между тем можно предположить, что в Украине потребности в имплантации кардиостимуляторов и проведении СРТ сопоставимы с таковыми в странах Восточной и Западной Европы, и темпы расширения применения этих современных и эффективных методов лечения должны быть гораздо выше. Однако сегодня мы сталкиваемся с проблемой недостаточной диагностики заболеваний, требующих использования ИВР и СРТ. К сожалению, большое количество пациентов с признаками нарушения ритма, требующих вмешательства, остаются за пределами внимания специалистов первичного звена. Не всегда семейные врачи проявляют осторожность по отношению к пациентам с синкопальными и предсинкопальными состояниями (которые в 50% случаев связаны с кардиальными причинами), с жалобами на перебои в работе сердца (ощущения замирания или учащенного сердцебиения). И даже после консультации у кардиологов такие больные не всегда обследуются с использованием всех необходимых методов — холтеровского мониторирования, нагрузочных проб, исследования каротидного синуса и т.д. Нередки случаи, когда, несмотря на полное обследование и установление правильного диагноза, врачи по причине собственной неосведомленности не информируют пациентов о существовании эффективных современных методов лечения и об их доступности в Украине. Сотрудники нашего отдела проводят большую работу, направленную на повышение уровня образования семейных врачей и кардиологов в области диагностики заболеваний и состояний, при которых показана установка ИВР и СРТ-устройств, и мы надеемся, что в ближайшие годы сможем еще активнее внедрять в клиническую практику европейские стандарты лечения пациентов с нарушениями ритма.

Таблица. Рекомендуемый способ ЭКГ-мониторинга в зависимости от частоты симптомов	
Частота симптомов	Рекомендуемый способ ЭКГ-мониторинга
Ежедневно	24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ, внутригоспитальное телеметрическое мониторирование
Каждые 2-3 дня	48-72-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ, внутригоспитальное телеметрическое мониторирование
Каждую неделю	7-дневное холтеровское мониторирование ЭКГ или внешнее loop-мониторирование
Ежемесячно	14-30-дневное loop-мониторирование
Менее одного раза в месяц	Имплантируемый монитор ЭКГ

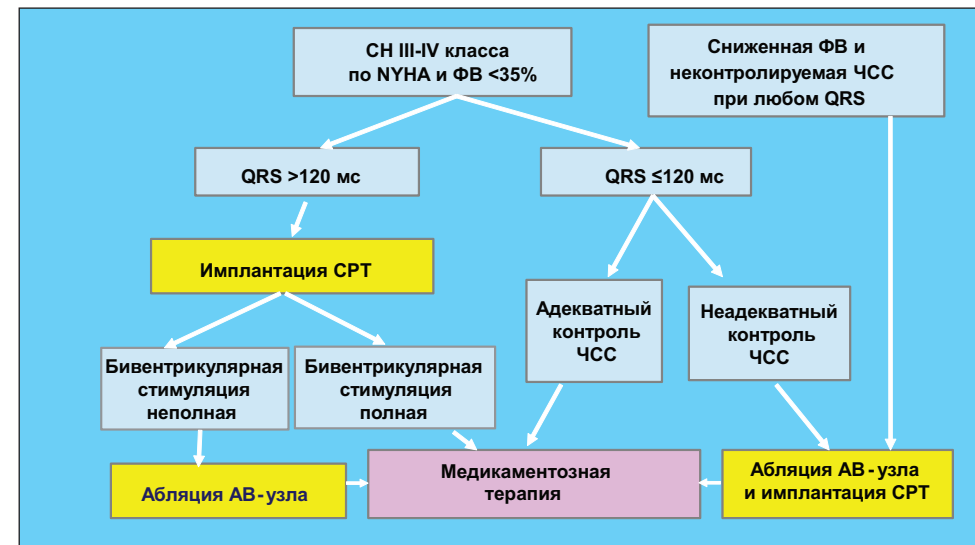


Рис. Показания к абляции АВ-узла

Подготовила Наталья Очеретяная