

сердца" (Holiday-heart-Syndroms), который характеризуется появлением нарушений сердечного ритма у пьющих людей без подтвержденной кардиомиопатии после массивного потребления алкоголя, например, по различным поводам в конце недели.

Лечение больных с ФП включает три не взаимоисключающие задачи: контроль ЧСС, профилактику тромбоэмболических осложнений и лечение аритмии. Ранее описанные стратегии лечения включали стратегии контроля ритма и контроля ЧСС. Под стратегией контроля ЧСС подразумевалось контролирование частоты сокращения желудочков, не предпринимая попыток восстановления ритма и его поддержания. Стратегия контроля синусового ритма подразумевает восстановление синусового ритма и его удержание. Эта стратегия предполагает также контроль частоты синусового ритма. В зависимости от результатов стратегии должны изменяться в случае неэффективности. Независимо от выбранной стратегии всем больным необходимо проводить антитромботическую терапию, направленную на предупреждение тромбоэмболий.

Фармакологические препараты и методы абляции являются эффективными как для контроля ритма, так и для контроля ЧСС, и в определенных условиях хирургические методы лечения могут быть предпочтительными. Независимо от выбранных методов лечения необходима антикоагулянтная терапия, которая должна проводиться на основании имеющихся у больного факторов риска развития инсульта независимо от того, какой ритм у пациента – синусовый или ФП. Для больных, у которых выбрана стратегия восстановления синусового ритма, медикаментозная терапия является тактикой первого выбора, абляция левого предсердия – тактикой второго выбора, особенно у лиц с симптоматической ФП. У некоторых пациентов в основном молодого возраста с выраженными симптомами ФП радиочастотная абляция предпочтительнее медикаментозной.

Основания для восстановления и поддержания синусового ритма у пациентов с ФП – уменьшение симптомов, профилактика тромбоэмболий, предотвращение развития кардиомиопатии. Часто считается, что восстановление синусового ритма решает все эти проблемы, однако существует недостаточное количество исследований, доказывающих, что при восстановлении и поддержании синусового ритма эти цели достигаются.

Теоретически восстановление и поддержание синусового ритма снижают риск развития тромбоэмболий и соответственно уменьшают потребность в антикоагулянтах, однако препараты для контроля ритма более безопасны, чем антиаритмические средства. В результате проведенных рандомизированных исследований оценки этих стратегий не установлено достоверных отличий в продолжительности жизни, частоте возникновения инсультов и смертности. Восстановление синусового ритма часто производят при персистирующей ФП в плановом порядке. Однако если аритмия является основным фактором острой СН, гипотензии или ухудшения симптоматики у больных с ИБС, восстановление синусового ритма следует проводить немедленно. При кардиоверсии всегда существует риск тромбоэмболии, который существенно снижается при начале антикоагулянтной терапии до процедуры, повышается – при наличии ФП более 48 часов.

Синусовый ритм восстанавливается фармакологически и при помощи электрического разряда. До того, как восстановление ритма при помощи электрического

разряда стало обычной процедурой, широко использовались лекарственные средства. Разработка новых препаратов сделала фармакологическую конверсию популярной, хотя и продолжают оставаться некоторые недостатки – риск развития лекарственной желудочковой тахикардии типа «пируэт» или другой жизнеугрожающей аритмии. Фармакологическая кардиоверсия все еще менее эффективна, чем электрическая. Однако для электрической кардиоверсии требуется местная или общая анестезия, а для фармакологической – нет. Риск тромбоэмболии или инсульта одинаково существует как при первом виде кардиоверсии, так и при втором. Рекомендации по антикоагуляции при кардиоверсии также аналогичны для обоих способов и приведены в разделе по профилактике тромбоэмболий.

Лекарственный подход проще, но менее эффективен. В некоторых случаях фармакологическое восстановление ритма (ФВР) может быть выполнено даже в домашних условиях. Наиболее высокий риск – токсичность антиаритмических средств. Фармакологическая кардиоверсия наиболее эффективна в течение 7 дней после начала приступа ФП. У большинства таких пациентов это первый приступ ФП. У половины больных с недавно развившейся ФП в течение 24-48 часов происходит спонтанная кардиоверсия. Спонтанное восстановление синусового ритма реже происходит у больных с длительностью ФП более 7 дней до начала лечения, а эффективность терапии у пациентов с постоянной формой ФП – значительно ниже.

Некоторые препараты обладают отсроченным началом действия, и поэтому восстановление синусового ритма происходит через несколько дней. В некоторых исследованиях было выявлено, что фармакотерапия укорачивала время восстановления синусового ритма по сравнению с плацебо, не влияя на процент пациентов, у которых синусовый ритм сохранялся более 24 часов. Терапия, направленная на фармакологическую кардиоверсию, может ускорить восстановление синусового ритма у больных с недавно развившейся ФП, однако через 24-48 часов ее преимущество весьма мало, и она намного менее эффективна у больных с персистирующей формой ФП.

Относительная эффективность различных средств зависит от разновидности мерцательной аритмии, однако больные с трепетанием предсердий также были включены во многие исследования антиаритмических препаратов. Доза, способ введения, время начала приема препаратов влияют на эффективность, и эти факторы максимально учитывались при разработке данных рекомендаций.

1. Применение флекаинида, дофетилида, пропафенона или ибутилида рекомендуется для фармакологической кардиоверсии ФП (класс I, уровень доказательности A).

2. Применение амиодарона является средством выбора для фармакологической кардиоверсии ФП (класс IIa, уровень доказательности A).

3. Применение разовой дозы пропафенона или флекаинида для купирования персистирующей ФП в амбулаторных условиях необходимо начинать с предварительного лечения в стационарных условиях для подтверждения его безопасности и отбора больных без блокад ножек пучка Гиса, удлиненного интервала QT, синдрома Brugada или структурных заболеваний сердца (класс IIa, уровень доказательности C).

4. Применение амиодарона может быть предпочтительным в амбулаторных условиях при пароксизмальной или персистирующей ФП, когда быстрое восстановление синусового ритма не является необходимым (класс IIa, уровень доказательности C).

5. Дигоксин и соталол не рекомендуются для проведения фармакологической кардиоверсии из-за побочных эффектов (класс III, уровень доказательности A).

6. Хинидин, прокаинамид, дизопирамид и дофетилд нельзя назначать в амбулаторных условиях для восстановления синусового ритма (класс III, уровень доказательности C).

Литература:

1. Арутюнов Г. П., Рылова А.К. // Клин. фармакология и терапия. – 2000—№ 4. – С. 12–15

2. Беленков Ю.Н., Сангонова Д.Ф., Агеев Ф.Т. // Кардиология. – 1996. — № 12. – С. 37–47.

3. Лопатин Ю.М., Иваненко В.В., Рязанцев Н.В. и др. // Сердечная недостаточность. – 2002. - № 4. – С. 180–182.

4. Недоступ А.В., Благова О.В., Богданова Э.А. и др. // Кардиология. – 2004. — № 1. – С. 31–38.

5. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Шарошина И.А. и др. // Кардиология. – 2005. — № 5. – С. 78–91.

6. Терещенко С. Н. // Рус. мед. журнал. – 1999. — №2. – С. 67–70.

7. Терещенко С. Н., Буланова Н. А., Косицина И.В. и др. // Кардиология. – 2003. – № 10. – С. 87–92.

8. Терещенко С.Н., Чуич Н.Г., Галактионов П.С. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. — № 8. – С. 6–11.

УДК 616.12-008.10.2

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.Т. Кыякбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Тұжырым ЖҮРЕКТІҢ КОРОНАРЛЫҚ АУРУЫҢ ЕМДЕУДЕГІ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Г.Т. Кыякбаева

Бұл мақалада жүректің коронарлық ауруымен ауыратын науқастарды емдеу мәселесі қарастырылады: коронарлық артерияларға тамырлар арқылы катетер еңгізу немесе хирургиялық жолмен емдеу тәсілдері қай кезде қолданылатыны, дәрі-дәрмекпен емдеу тәсілдерінің маңызы, терапия саласындағы дәрігерлердің осындай науқасты бақылап емдегендегі маңызы.

Summary SOME ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE G.T. Keekbayeva

Issues of management of patients with coronary heart disease including indications for the interventions, role of medicinal therapy, tactics of internists in rehabilitation and management of patients at different stages are considered in the article.

Болезни системы кровообращения (БСК) продолжают оставаться основной причиной преждевременной смерти населения в экономически развитых странах, несмотря на достижения современной медицины. Особенно острой эта проблема остается для Республики Казахстан, где заболеваемость БСК составила в 2009 году - 2273,1 случаев, а в 2010 году - 2087,7 на 100 тыс. населения. Показатели смертности от БСК также высоки: в 2009 году - 416,4, а в 2010 году - 403,7 случаев на 100 тыс. населения [1]. В программе реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан на 32011-2015 годы «Саламаты Қазақстан» снижение показателей заболеваемости и смертности по болезням системы кровообращения рассматривается как одна из приоритетных. Для решения этих проблем предполагается выделение больших денежных ресурсов с целью закупки рентген-лабораторных установок, оборудования, медикаментозных средств, обучения врачей и среднего медицинского персонала современным методам оказания специализированной помощи больным БСК. Одной из наиболее частой причиной смерти больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, является коронарная болезнь сердца (КБС).

В последние годы широко используются такие методы лечения КБС, как коронарное шунтирование (КШ), транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) и стентирование коронарных артерий (КА). Благодаря государственной политике, ставящей одной из приоритетных направлений развития нашего общества здоровье населения, в нашей республике активно внедряются эти современные методы лечения КБС. Если на начало 2011 года в нашей стране работало 24 ангиографические установки, то к концу 2015 года планируется развернуть по республике 65 таких рентгенлабораторий. Быстро растет и активность этих установок: в 2008 по Казахстану было произведено 671 экстренных коронароангиографий, в 2009 году – 2058, а в 2010 году – уже 4202 [1]. Повышение безопасности и клинической эффективности, совершенствование хирургической техники позволило значительно расширить показания к этим вмешательствам и существенно увеличить количество больных, подвергаемых данным процедурам. Использование эндоваскулярной хирургии в развитых странах при поражении коронарных артерий с 1995 по 2004 г. выросло в 12,7 раз и продолжает расти [2].

В клинической практике аортокоронарное шунтирование (АКШ) применяют с 1960-х годов, ТБКА

впервые была применена в 1977 г. Андреасом Грюнцгомом, а к середине 1980-х годов ее стали воспринимать как альтернативу АКШ. Несмотря на значительный технический прогресс обоих видов вмешательства, в частности использование стентов с лекарственным покрытием (СЛП) и артериальных шунтов при АКШ, их роль в лечении больных стабильной КБС иногда ставят под сомнение. Это связано с оптимизацией современной медикаментозной терапии (МТ) вследствие внедрения в клиническую практику фармакологических препаратов нового поколения.

Сегодня уже очевидно, что выявленная ишемия миокарда отрицательно влияет на клинические исходы [смерть, ИМ, острый коронарный синдром (ОКС), развитие стенокардии]. Установлено, что стратегия раннего инвазивного лечения сокращает частоту рецидивов тяжелой ишемии, уменьшает потребность в повторной госпитализации и реваскуляризации миокарда [3]. Самый последний метаанализ подтвердил, что ранняя инвазивная стратегия снижает смертность от сердечно-сосудистых причин и частоту ИМ в период до 5 лет, особенно в ранние сроки [4]. Безусловно, реваскуляризация миокарда оправдана, если ожидаемая от нее польза с точки зрения выживаемости или показателей здоровья (симптомы, функциональный статус и/или качество жизни) перевешивает отрицательные последствия процедуры. Известно, что у больных, не имеющих жизнеспособного миокарда, и с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) реваскуляризация миокарда не улучшает прогноз [5,6].

Важной составляющей при направлении пациента на инвазивные и хирургические методы лечения КБС является предоставление им полной и объективной информации о вмешательствах. Это связано с тем, что большинство пациентов не до конца понимают свое заболевание и иногда возлагают неоправданные ожидания на предлагаемое вмешательство, неправильно оценивают вероятность осложнений или потенциальную необходимость в повторном вмешательстве (например, после ТБКА). Пациент должен полностью понимать риски и преимущества предлагаемых вариантов лечения КБС за исключением больных, находящихся в нестабильном состоянии или являющихся кандидатами на срочные вмешательства при развитии шока, ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) или ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Очень важно, что больные, направляемые на реваскуляризацию миокарда, должны знать, что и после вмешательства им потребуется оптимальная МТ, включающая антитромбоцитарные препараты, статины, БАБ и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Цель реваскуляризации миокарда – устранение ишемии миокарда, а не самого заболевания КА.

Врачу терапевтического направления очень важно понимать, как вести пациента после ТБКА/стентирования или АКШ. Период после реваскуляризации миокарда должен сопровождаться кар-

диореабилитацией и адекватными мерами вторичной профилактики: оптимальной МТ, модификацией факторов риска и изменением образа жизни на постоянной основе. Кардиореабилитация и вторичная профилактика являются частью долгосрочного ведения больных после реваскуляризации, потому что эти меры, будучи эффективными по стоимости, способствуют снижению инвалидизации и летальности в будущем. Очень важно повышать приверженность пациента медикаментозному лечению еще в период госпитализации, когда степень мотивации у него очень высока. Важно проведение обучающих школ для всех пациентов после вмешательств на КА, для того, чтобы они могли перейти на здоровый образ жизни и согласиться на модификацию факторов риска. Такое обучение, проводимое в период кардиореабилитации, должно активно сочетаться с физическими тренировками.

Таким образом, в настоящее время в лечении коронарной болезни сердца важное значение имеют интервенционные методы, особенно при дестабилизации состояния с развитием острого коронарного синдрома. Но в то же время не теряют свою роль медикаментозные методы лечения, которые дополняют вмешательства на коронарных артериях. Врач терапевтического профиля должен уметь определять показания для проведения интервенционных вмешательств, своевременно направлять таких пациентов в кардиохирургические лечебные учреждения, а также проводить реабилитацию и последующее наблюдение таких больных в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Бекбосынова М.С. Болезни системы кровообращения. Этапы: амбулаторный и скорая помощь. Проблемы и пути их решения. Доклад на заседании Республиканского штаба по БСК от 18 мая 2011 г.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Отечественная сердечно-сосудистая хирургия (1995-2004 годы). М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2006.
3. Mehta SR, Cannon CP, Fox KA, Wallentin L et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. JAMA 2005;293:2908–17.
4. Fox KA, Clayton TC, Damman P, Pocock SJ et al. Long-term outcome of a routine versus selective invasive strategy in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome a meta-analysis of individual patient data. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 2435–45.
5. Allman KC, Shaw LJ, Hachamovitch R, Udelson JE. Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2002; 39: 1151–8.
6. Beanlands RS, Nichol G, Huszti E et al. F-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging-assisted management of patients with severe left ventricular dysfunction and suspected coronary disease: a randomized, controlled trial (PARR-2). J Am Coll Cardiol 2007;50:2002–12.