

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH ACCOMPANYING HEART PATHOLOGY

A. Telegina

Summary. The article is devoted to modern approaches to the treatment and prevention of complications of atrial fibrillation in patients with concomitant heart disease. The article discusses the theoretical and methodological aspects of atrial fibrillation, analyzes the main methods of treating patients with atrial fibrillation; domestic and foreign experience in the treatment and prevention of complications of atrial fibrillation in patients was investigated.

Keywords: atrial fibrillation, β -adrenoreceptor blockers, ACE inhibitors.

Телегина Анна Андреевна

*Аспирант, Университет Майами
annatelegina051193@mail.ru*

Аннотация. Статья посвящена современным подходам лечения и профилактики осложнений фибрилляции предсердий у пациентов с сопутствующей патологией сердца. В статье рассмотрены теоретико-методологические аспекты фибрилляции предсердий, проанализированы основные способы лечения пациентов с фибрилляцией предсердий; исследован отечественный и зарубежный опыт лечения и профилактики осложнений фибрилляции предсердий у пациентов.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, блокаторы β -адренорецепторов, Ингибиторы АПФ.

Фибрилляцию предсердий считают одним из наиболее распространенных вариантов сердечной аритмии. Ее можно встретить повсюду, в основном у людей пожилого возраста, и с годами вероятность аритмий только увеличивается. Патология имеет большое социальное и медицинское значение не только из-за высокого риска серьезных осложнений и летальных исходов, но и с экономической точки зрения, поскольку требует значительных материальных затрат на профилактику и лечение.

В современном мире существует пять основных целей лечения пациентов с фибрилляцией предсердий: оптимальное лечение сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, контроль сердечного ритма, профилактика тромбоэмболии, облегчение симптомов, коррекция нарушений ритма сердца.

Эти цели не являются взаимоисключающими. Начальная стратегия лечения может отличаться от долгосрочной цели ведения пациента. У пациентов с фибрилляцией предсердий с клиническими симптомами, которые сохраняются в течение нескольких недель, антикоагулянты и сердечные ритмы могут использоваться на первой стадии, а в более поздние периоды целью лечения является восстановление синусового ритма. Конечно, если контроль частоты сердечных сокращений не обеспечивает адекватного симптоматического эффекта, целью лечения, естественно, должно быть восстановление синусового ритма. Быстрая кардиоверсия

оправдана в случаях, когда фибрилляция предсердий вызывает гипотензию или увеличение сердечной недостаточности. Напротив, уменьшение выраженности симптомов в контексте контроля частоты желудочкового ритма у пожилых людей может служить основанием для отказа от попыток восстановления синусового ритма.

В настоящее время используются различные группы препаратов для контроля сердечного ритма: блокаторы β -адренорецепторов, недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем), сердечные гликозиды (дигоксин) и другие лекарства (амиодарон).

В начале лечения рекомендуется придерживаться гибкого протокола сердечного ритма, чтобы гарантировать, что значения этого показателя сохраняются на уровне 110 ударов в минуту в режиме ожидания. Следует использовать строгий протокол контроля, предназначенный для поддержания частоты сердечных сокращений 80 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при умеренных усилиях, если симптомы сохраняются или развивается тахикардиомиопатия на фоне гибкого контроля сердечного ритма. После достижения целевого сердечного ритма с помощью строгого контроля рекомендуется провести 24-часовой холтеровский мониторинг для оценки безопасности лечения.

Хочу отметить, что у пациентов с сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий с низкой фракцией

выброса левого желудочка (ФВЛЖ) блокаторы β -адренорецепторов рекомендуются в качестве препаратов первого ряда (рекомендация I степени, уровень доказательности A (I, A)). В случае неэффективности монотерапии блокаторами β -адренорецепторов дополнительно назначается дигоксин (I, B).

Рекомендации по применению блокаторов бета-адренорецепторов в качестве препаратов первого ряда у пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью вызваны данными исследований, которые включают доказательства эффективности снижения частоты внезапной сердечной смерти среди членов этой группы, таких как пропранолол, карведилол, метопролол и бисопролол. Получается и небиволол. Исследования также показали, что их использование у пациентов с сердечной недостаточностью помогает снизить риск возникновения фибрилляции предсердий.

Доказательства преимуществ использования блокаторов β -адренорецепторов в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью, а также неравенства в замене дигоксина были получены путем сравнения эффективности бисопролола, одного из наиболее широко используемых блокаторов β -адренорецепторов в кардиологии, и дигоксина. Базовая терапия пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью включала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ) и диуретики. Участники первой группы получали дополнительный дигоксин (0,25–0,375 мг / сут), участники второй группы — бисопролол (10 мг / сут), участники третьей группы — комбинацию этих препаратов. Результаты исследования показали, что во всех трех группах положительная динамика частоты сердечных сокращений в покое определялась на фоне терапии. Однако во время упражнений дигоксин не оказывал значительного влияния на частоту сердечных сокращений, и поэтому исходный уровень и исход не сильно различались во время лечения. У пациентов, принимавших бисопролол или его комбинацию с дигоксином, отмечалось значительное снижение частоты сердечных сокращений.

При назначении блокаторов β -адренорецепторов следует помнить о необходимости титрования дозы, которая должно проводиться постепенно, при лечении, назначаемом в низких дозах, и следует искать цель. Однако в некоторых случаях эта задача трудна, особенно у пожилых пациентов. Например, в исследовании CIBIS II (исследование бисопролола II при сердечной недостаточности) целевые дозы блокаторов β -адренорецепторов были достигнуты только у 43% пациентов. Однако необходимо приложить усилия для достижения максимальной блокады β 1-адренорецепторов путем индивидуального подбора и назначения максимально переносимой дозы препарата.

Выбор блокаторов β -адренорецепторов для лечения фибрилляции предсердий и сердечной недостаточности должен учитывать индивидуальные особенности пациента и препарата. Четыре наиболее часто используемых при аритмии блокатора β -адренорецептора — карведилол, метопролол, бисопролол и небиволол — различаются по определенным фармакологическим свойствам, в частности по степени их селективности по отношению к β -адренорецепторам. Бисопролол является наиболее селективным из всех вышеперечисленных лекарств с точки зрения β 1-адренорецептора, что обеспечивает высокую безопасность для широкого круга пациентов. Кроме того, он не оказывает негативного влияния на метаболические параметры и редко вызывает клинически значимые нарушения гемодинамики.

Бисопролол обладает достаточной доказательной базой для эффективности и безопасности, что подтверждено клинической практикой и позволяет проводить длительное лечение пациентов с фибрилляцией предсердий. Высокая активность бисопролола была подтверждена результатами исследования, проведенного на базе Института кардиологии ННЦ им. Академика Н.Д. «Стражеско» NAMS из Украины, где применение у пациентов с ФП по данным холтеровского мониторинга (от 105 до 73 ударов в минуту, $p < 0,02$) сопровождалось значительным снижением частоты сердечных сокращений.

У пациентов, которым противопоказано применение блокаторов β -адренорецепторов, верапамил является препаратом выбора для мониторинга частоты сердечных сокращений. В исследовании, проведенном в том же учреждении, была использована выраженная способность верапамила снижать частоту сердечных сокращений (верогадид ЭР 240 мг), который применялся в средней дозе 264,5 мг / день и снижении сердечного ритма в среднем от 112 до 69 ударов в минуту по данным холтеровского мониторинга у пациентов с артериальной гипертензией и персистирующей фибрилляцией предсердий.

Также хочу отметить, что в новых европейских руководствах по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий для оптимизации прогрессирования заболевания рекомендуются ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы рецепторов альдостерона, статины и полиненасыщенные жирные кислоты омега-3. Использование этих препаратов в контексте восходящей терапии, которая направлена на снижение риска рецидивов и прогрессирования фибрилляции предсердий.

Ингибиторы АПФ занимают особое место в этом списке благодаря их доказанной эффективности в предотвращении внезапной сердечной смерти. Было доказано, что применение этой группы препаратов в сочетании с антиаритмической терапией у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного генеза чрезвычайно эффектив-

но для предотвращения возникновения пароксизмальной фибрилляции предсердий.

В то же время были обнаружены нормализация коэффициента трансмитрального потока, уменьшение размера левого предсердия и улучшение диастолической функции, что привело к противоположному развитию ремоделирования электрического предсердия. Такие эффекты обеспечиваются наличием ряда положительных свойств у ингибиторов АПФ, включая способность блокировать эффекты ангиотензина II, что приводит к снижению нейрогуморальной активности, снижению конечного диастолического давления в ЛЖ и снижению степени тяжести ведет к фиброзу миокарда.

В «Институте кардиологии», проводимом на базе ННЦ им. Академика Н.Д. Стражеско» Национальной академии медицинских наук Украины, исследования включающие в схему лечения пациентов с фибрилляцией предсердий ИАПФ лизиноприла (Лизиноприл-ратиофарм) способствовало улучшению показателей вариабельности ритма сердца.

При выборе ингибитора АПФ для лечения пациентов с фибрилляцией предсердий, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, необходимо учитывать другие сопутствующие заболевания и фармакокинетику препарата. Например, лизиноприл, который не метаболизируется в печени и не выводится из организма почками, имеет значительные преимущества у пациентов с сопутствующими заболеваниями печени или нарушениями обмена веществ, диабетом, ожирением. Способность ингибитора АПФ влиять на различные механизмы аритмогенеза, а также наличие органопротекторных свойств препаратов этой группы, дают веские основания для их использования при лечении пациентов с фибрилляцией предсердий и сопутствующими заболеваниями сердца, особенно сердечной недостаточностью.

Статины с целым рядом плейотропных эффектов, таких как стабилизирующие атеросклеротические бляшки, антиишемические, противовоспалительные и нормализующие функцию эндотелия артерий, рекомендуются в списке препаратов, усиливающих фибрилляцию предсердий, наряду с доказанной способностью влиять на частоту желудочковых тахикардий. На пригодность терапии статинами в качестве профилактической меры косвенно указывают результаты исследования AVID (антиаритмические средства против имплантируемых дефибрилляторов): у пациентов с имплантированным дефибриллятором кардиовертера применение статинов снижало риск рецидивирующей желудочковой тахикардии и (или) фибрилляции желудочков на 60%.

Я считаю, что в отсутствие специально разработанных исследований антиаритмические эффекты статинов сегодня могут быть описаны только как косвенные, опосредованные плейотропными эффектами. Однако важность соединений этой серии в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий и сопутствующими пороками сердца неоспорима. Один из хорошо изученных статинов — аторвастатин — сейчас все чаще используется украинскими кардиологами. Аторвастатин ратиофарм хорошо себя зарекомендовал, а его качество и доступность позволяют проводить длительную гиполлипидемическую терапию у пациентов с высоким риском.

Можно сделать следующие выводы, что современная стратегия лечения пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью заключается в том, чтобы в первую очередь устранить или уменьшить симптомы, эффективно контролировать частоту сердечных сокращений, предотвратить повторное возникновение фибрилляции предсердий, тромбоэмболические осложнения и ремоделирование сердца. Для этого следует воспользоваться возможностями антикоагулянтов, ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II, блокаторов β -адренорецепторов и статинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hohnloser S.H., Crijns H. J., van Eickels M. et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 360.
2. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем / под ред. В. А. Маргазина, А. В. Коромысова. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. — 235 с.
3. Лилли, Л. Патология сердечно-сосудистой системы / Л. Лилли. — М.: Бином, 2015. — 735 с.
4. Оганов, Р. Г. Индивидуальная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Позиция европейских кардиологических обществ / Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2017. — Т. 16. № 1. — С. 4–7.
5. Самородская, И. В. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика / Самородская И. В., Бойцов С. А. // Российский кардиологический журнал. — 2017. — № — 6 (146). — С. 139–145.

© Телегина Анна Андреевна (annatelegina051193@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»