

Дифференцированный подход к лечению пациентов с нарушениями ритма сердца

На XVIII Национальном конгрессе кардиологов, который состоялся 20-22 сентября в г. Киеве, в рамках интерактивного мастер-класса прозвучал доклад старшего научного сотрудника отдела аритмий сердца ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины Елены Николаевны Романовой «Дифференцированный подход к лечению пациентов с нарушениями ритма сердца в разных клинических ситуациях».



Е.Н. Романова представила клинический случай из собственной практики. Больная К. (72 года) страдает артериальной гипертензией (АГ) на протяжении 18 лет, принимает рамиприл (10 мг), тораемид (5 мг), аторвастатин

(20 мг), ацетилсалициловую кислоту (100 мг). На протяжении двух последних месяцев дважды была госпитализирована по поводу одышки (фракция выброса (ФВ) – 56%). Сопутствующими патологическими состояниями выступают атеросклероз периферических артерий и сахарный диабет (СД), в связи с чем пациентка принимает метформин (100 мг 2 р/день). Жалобы больной включали стабильно высокое давление (в среднем 170/90 мм рт. ст.), головокружение, слабость, быструю утомляемость, забывчивость, одышку, сниженную толерантность к физическим нагрузкам, перебои в работе сердца. Доминирование в клинической картине головокружений и забывчивости привело к четырехкратной госпитализации в неврологический стационар на протяжении последних 6 мес. Среди препаратов, назначавшихся в неврологическом отделении, – винпоцетин, пирацетам, ницерголин, цитиколин, бетагистин.

Пациентка К. была госпитализирована и тщательно обследована (общий и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование ЭКГ).

Несмотря на выявленные изменения, результаты ЭхоКГ пациентки можно считать удовлетворительными: ФВ – 56%, левое предсердие – 4,3 см, межжелудочковая перегородка – 1,42 см, толщина задней стенки левого желудочка – 1,31 см, конечно-диастолический объем – 116 мл, конечно-систолический объем – 48 мл. Однако на ЭКГ была выявлена полная атриовентрикулярная блокада, сопровождавшаяся эпизодами частоты сердечных сокращений (ЧСС) на уровне 27-28 уд./мин (в ночное время). Кроме того, были зафиксированы эпизоды фибрилляции предсердий (ФП). Результаты мониторинга АД также оказались неблагоприятными: 78% показателей систолического и 72% показателей диастолического АД превышали норму. Среднесуточный уровень АД составил 157/104 мм рт. ст., и это на фоне стабильной терапии современными препаратами.

Наиболее вероятно, что и клинические признаки, выявленные у данной пациентки, и повышение АД являются следствиями атриовентрикулярной блокады, поскольку при низкой ЧСС повышение давления выступает компенсаторным механизмом, направленным на поддержку достаточной перфузии

головного мозга. Учитывая это, первоочередным методом лечения должна быть нормализация ритма сердца. Докладчик подчеркнула, что если у пациента наблюдается клинически значимое нарушение проводимости, его следует направить к соответствующим специалистам с целью выбора и имплантации кардиостимулятора.

Важно, что постоянная и интермиттирующая брадикардия характеризуются разными клиническими проявлениями, поскольку при этих патологических состояниях различается паттерн церебральной гипоперфузии. К постоянной брадикардии пациенты постепенно адаптируются, в связи с чем на первый план выходят такие симптомы, как быстрое утомление, раздражительность, невозможность сосредоточиться, апатия, забывчивость, когнитивные нарушения. Только потом возникают пресинкопальные состояния и собственно синкопе. Например, пациентка К. при частоте 28 уд./мин не теряла сознание. В практике Елены Николаевны встречались пациенты, у которых пауза в сердцебиении составляла 11 с, при этом нарушений сознания не происходило. Что касается интермиттирующей брадикардии, то для этой разновидности характерны пресинкопе и синкопе. Также следует обратить внимание на такую жалобу, как нечеткость зрения, типичную для такого нарушения ритма.

Поскольку установка искусственного водителя ритма показана всем больным с атриовентрикулярной блокадой 3 степени или 2 степени 2 типа независимо от симптомов, пациентке К. была проведена установка двухкамерного кардиостимулятора. При повторном проведении суточного мониторирования было установлено, что показатели АД у больной снизились.

Несомненно, такие пациенты нуждаются в антикоагулянтах. Оценка по шкале CHA2DS2-VASc для больной К. составила около 4 баллов; это показывает, что монотерапия ацетилсалициловой кислотой не обеспечит достаточного эффекта. Обобщенный портрет пациента с впервые выявленной ФП, согласно реестру GARFIELD, включает такие характеристики: возраст старше 60 лет, АГ (у 78%), наличие сердечной недостаточности (СН), ишемической болезни сердца или СД (у каждого пятого больного), инсульт в анамнезе (у 10%), средний балл по CHA2DS2-VASc на уровне 3,2±1,6. ФП увеличивает риск инсульта в 3 раза, что делает это нарушение ритма особенно опасным.

В развитие ФП вносят вклад множество факторов, на большинство из которых мы можем влиять. Доказано, что назначение блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), т. е. ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), предотвращают возникновение ФП у пациентов с АГ и гипертрофией левого желудочка.

Выбор между ИАПФ и БРА остается дискуссионным вопросом, однако при оценке влияния на риск инсульта становится очевидно, что сартаны характеризуются преимуществом перед ИАПФ; это было подтверждено в крупном метаанализе (n=49924) G. Reboldi и соавт. (2008). Одним из наиболее изученных БРА является валсартан, эффективность и безопасность которого были продемонстрированы множеством клинических исследований (VALIANT, Val-HeFT, VALUE, Val-MARC, NAVIGATOR, DROP, VALIDD).

Е.Н. Романова отметила, что для пациентов преклонного и старческого возраста, нуждающихся в назначении нескольких антигипертензивных препаратов, оптимальными являются фиксированные комбинации, поскольку они улучшают приверженность пациента к назначенному режиму лечения.

В связи с этим докладчик обратила внимание аудитории на препарат Комбисарт (ПАО «Киевский витаминный завод»), содержащий валсартан и амлодипин. Добавление к валсартану амлодипина является удачным выбором, поскольку последний способствует уменьшению вариабельности АД, обладает сильным и длительным действием (период полувыведения около 50 ч), характеризуется церебропротекторным эффектом и легко комбинируется с другими антигипертензивными средствами. Один из факторов риска инсульта – утренний подъем АД (Kario et al., 2003). Снижение вариабельности давления с помощью амлодипина позволяет избежать этого подъема и, соответственно, снизить риск церебральных катастроф. Эффективность и безопасность амлодипина была подтверждена исследованиями ALLHAT, ASCOT, VALUE, CAMELOT.

Второй клинический случай, представленный Еленой Николаевной, описывал пациента Б. (79 лет), обратившегося в поликлинику с жалобами на перебои в работе сердца более 8 мес, одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель в ночное время. Рост пациента составлял 174 см, вес – 93 кг, индекс массы тела – 30,7 кг/м². При физикальном обследовании была выявлена нерегулярность пульса и его частота 80-100 уд./мин на фоне ЧСС 130-150 уд./мин. АД составляло 185/110 мм рт. ст. Хрипов в легких и увеличения печени отмечено не было. На ЭКГ была выявлена ФП, а при проведении ЭхоКГ в условиях стационара – дилатация полостей сердца и снижение ФВ до 37%.

Существует зависимость между функциональным классом (ФК) СН и встречаемостью ФП. При наличии IV ФК у каждого второго больного отмечается ФП. В случае пациента Б. сложно сказать, что было первичным: прогрессирование СН, приведшее к «срыву» ритма, или появление аритмии, спровоцировавшее развитие СН, поскольку эти патологические состояния образуют некоторый порочный круг.

У пациентов с ФП следует минимизировать негативные клинические проявления аритмии. Кроме назначения β-блокаторов и дигоксина, применяемых при ФВ <40%, дополнительной опцией влияния на механизмы возникновения ФП является назначение антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР).

Альдостерон стимулирует фиброз миокарда. В дальнейшем эти островки фиброза выступают морфологическим субстратом возникновения т. н. зигзага проведения, запускающего ФП. Согласно современным рекомендациям, АМР следует назначать всем пациентам с симптомами хронической СН II-IV ФК с ФВ <35% независимо от приема ИАПФ/БРА или β-блокаторов для снижения риска смерти и частоты госпитализаций по поводу СН. Исследование EMPHASIS-HF показало, что добавление эплеренона к стандартной терапии СН сопровождается выраженным снижением сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализаций и смертности от всех причин.

Препарат Эплепрес (ПАО «Киевский витаминный завод») является эплереноном отечественного производства. Эплепрес представлен в дозах 25 и 50 мг, что позволяет подобрать оптимальную дозировку для каждого пациента. Назначение Эплепреса способно улучшить долгосрочный прогноз для больных с симптоматической СН и низкой ФВ.

Подготовила Лариса Стрельчук



ЭПЛЕРЕНОН

ЗБЕРЕЖІТЬ КРИХКУ РІВНОВАГУ!

ПОКАЗАННЯ

- Доповнення до стандартного лікування у пацієнтів з клінічними ознаками серцевої недостатності після нещодавно перенесеного інфаркту міокарда.
- Доповнення до стандартної оптимальної терапії у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю II класу (за класифікацією NYHA) та дисфункцією лівого шлуночка (фракція викиду лівого шлуночка ≤30%).

Перед використанням уважно ознайомитися з інструкцією та пророзуміти її зміст.
ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
Розподілене посвідчення МОЗ України №UA/14816/01/01 та №UA/14816/01/02 від 13.01.2016

КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Ласка від компанії