

КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ХАОТИЧНЫЕ ИМПУЛЬСЫ?

Фибрилляция предсердий – недуг очень серьезный. И хотя в большинстве случаев он не угрожает жизни напрямую, значительно ухудшает ее качество: пятикратно увеличивает инсульты, двукратно – деменцию, шестикратно повышает риск сердечной недостаточности. И только верная диагностика и правильное лечение являются основой сохранения не только здоровья, но и жизни людей.

ПУЛЬС – НЕРОВНЫЙ

Фибрилляция предсердий, или мерцательная аритмия, – одно из частых нарушений ритма. Давайте разберемся, почему она возникает и чем может быть опасна для человека.

Сердце имеет собственную «электростанцию» – синусовый узел и отходящие от него множественные «провода», идущие в определенном порядке. В здоровом сердце формирование электрического импульса происходит через равные промежутки времени – от 55 до 90 раз в минуту. В разных ситуациях частота сердечных сокращений колеблется. Так сердце приспосабливается к изменяющимся потребностям организма в кислороде. При фибрилляции предсердий импульс движется по предсердиям хаотично, и вместо полного, одновременного сокращения предсердий происходит дезорганизованное подергивание мышечных волокон. К желудочкам пропускаются далеко не все сокращения, не соблюдается равный промежуток времени между ними. Вследствие этого пульс будет неровным.

Мерцательная аритмия, как правило, развивается по одному сценарию. Вначале приступы редкие, спонтанные, кратковременные. Со временем они учащаются и удлиняются, потом аритмия становится постоянной. Приступообразная (пароксизмальная) фибрилляция предсердий продолжается от нескольких минут до 7 дней. Персистирующая – от 7 дней до одного года. Причем возникает она внезапно, без предвестников.

ГРУППЫ РИСКА И КАВЕРЗЫ

Причины мерцательной аритмии весьма многообразны. Это могут быть любые сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, воспаление сердечной мышцы, пороки сердца, а также послеоперационные проблемы, связанные с протезированием клапанов или аортокоронарным шунтированием.

Довольно часто мерцательная аритмия возникает при хронических легочных заболеваниях, сахарном диабете, ожирении, алкоголизме, сни-

жении калия в организме, приеме некоторых лекарств. Например, при чрезмерном употреблении препаратов от простуды, приеме сосудосуживающих лекарств, нестероидных противовоспалительных средств, антибиотиков...

В группу риска попадают также желающие похудеть. «Подсаживаясь» на мочегонные, они снижают тем самым калий, вследствие чего становятся пациентами аритмологов. Любое лекарство, назначенное пациенту, требует взвешенного врачебного подхода, соблюдения принципа «не навреди». Что касается самолечения, оно просто недопустимо!

Дебют фибрилляции предсердий могут спровоцировать физические нагрузки, особенно в сочетании со стрессом или алкогольным опьянением. А возможна и бессимптомная форма, когда человек не замечает отклонений в состоянии своего здоровья.

Проявления мерцательной аритмии также весьма разнообразны. Пациенты жалуются на дискомфорт в области сердца, сильное неритмичное сердцебиение, слабость, головокружение, одышку. Больной не справляется с привычной физической нагрузкой. В редких случаях возможны предобморочные состояния и даже обмороки.

Еще одна каверза: при мерцательной аритмии создаются условия для образования кровяных

сгустков (тромбов), которые иногда с током крови попадают в большой круг кровообращения. Такие тромбы-путешественники могут причинить большую беду: закупорить сосуды головного мозга, конечностей, внутренних органов. И, как вы понимаете, такие осложнения заканчиваются печально.

«ПОЙМАТЬ» И РАСКРЕТИТЬ

Диагностика мерцательной аритмии основывается на записи ЭКГ. Когда приступ случается внезапно, особенно впервые, следует срочно вызвать бригаду «скорой помощи». Очень важно, чтобы ЭКГ была сделана именно во время приступа, тогда врач может точно определить характер аритмии, поставить диагноз и назначить правильное лечение. Если на обычной ЭКГ не удается «поймать» фибрилляцию предсердий, пациенту проводят суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ. В течение 24 часов (а иногда эта процедура занимает двое-трое суток) на специальном кардиорегистраторе записывается ЭКГ. Исследование проводится в амбулаторных условиях при обычном для человека образе жизни.

По просьбе доктора обследуемый ведет дневник, где подробно в хронологическом порядке фиксирует моменты своей жизни, такие как работа, отдых, физическая активность, прием лекарств, качество сна... Так же скрупулезно описываются все симпто-



мы: боль, одышка, учащенный сердечный ритм.

Для уточнения возможных причин развития фибрилляции предсердий целесообразны общеклинический анализ крови, коагулограмма, оценка функции почек, печени, электролитных нарушений, гормонов щитовидной железы. Эхокардиография (УЗИ сердца) рекомендуется всем пациентам для выявления органической патологии сердца: в первую очередь выраженной сердечной недостаточности, стенокардии, инфаркта миокарда, гипертрофии левого желудочка, тяжелого порока сердца, миокардита. Пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта не лишними будут гастроскопия и колоноскопия... По показаниям назначаются и более серьезные обследования.

БЕЗОПАСНОСТЬ – ПЕРЕД ВСЕМ

В последние годы стратегия ведения больных с фибрилляцией предсердий претерпела существенные изменения. Как было раньше? Если доктор диагностирует у пациента фибрилляцию предсердий (даже бессимптомную), срочно определяет его в стационар. Сейчас действия врача таковы. Всякий впервые возникший пароксизм мерцательной аритмии требует госпитализации. Но если фибрилляция предсердий не влияет на гемодинамику, пациент ни на что не жалуется и не чувствует нарушения ритма, можно с госпитализацией не спешить, а внимательно взвесить все «за» и «против». Если пациент молод, у него нет органической патологии сердца,

приступы мерцательной аритмии возникают у него 1-3 раза в год и продолжаются до 48 часов, то для восстановления ритма рекомендован однократный самостоятельный прием антиаритмического препарата **пропафенон** или **флекаинид** по принципу «таблетка в кармане».

Но если фибрилляция предсердий сопровождается слабостью, снижением артериального давления, одышкой, надо срочно вызвать «скорую помощь» и купировать приступ инъекционными препаратами. При постоянной тахисистолической мерцательной аритмии вступает в силу стратегия урежения ритма бета-блокаторами. В наше время для контроля ритма при фибрилляции предсердий врачами используются следующие антиаритмические препараты. Это представители IC класса – **пропафенон, этацинин, аллапинин**, III класса – **соталол, амиодарон (кордарон)** и сочетание этих препаратов с бета-адреноблокаторами – **бисопролол, метопролол**.

Антиаритмики IC класса очень эффективны, но их нельзя назначать при органической патологии сердца, так как в этой ситуации они могут инициировать жизнеугрожающие нарушения ритма. Основы полагающийся принцип лечения: сначала безопасность, потом эффективность! При органической патологии сердца назначаются **амиодарон (кордарон), соталол**. Первый препарат противопоказан при заболеваниях щитовидной железы, серьезных нарушениях зрения, поскольку вызывает побочные эффекты, касающиеся сетчатки глаза

и зрительного нерва. Если пароксизм мерцательной аритмии продолжается больше 48 часов, принято вначале пролечить антикоагулянтами (это разжижающие кровь лекарства), провести профилактику тромбозов и лишь потом восстанавливать ритм.

Нормализовать ритм можно лекарствами, но, если это не удастся, при персистирующей мерцательной аритмии, нарастании сердечной недостаточности используют **электроимпульсную терапию (ЭИТ)**. Для этой процедуры больного вводят в кратковременный медикаментозный сон, затем с помощью дефибриллятора подается разряд достаточной мощности на грудную клетку в область сердца. Как правило, хватает одного разряда для восстановления нормального ритма.

Есть еще инвазивные методы. Например, **радиочастотная абляция (РЧА)**, когда через прокол бедренной вены, при помощи тонкого катетера «прижигают» участок, ответственный за аритмию. Хорошо зарекомендовала себя и **криоабляция** (воздействие низкими температурами, до минус 80 градусов, на устья легочных вен). Кстати, это один из самых эффективных и безопасных методов лечения.

Отдельно хочу сказать об антикоагулянтах. Есть давно применяемый пациентами **варфарин**. Он сейчас назначается в основном при клапанной фибрилляции предсердий, требует подбора дозы и контроля лабораторного показателя МНО (Международное нормализованное отношение). Безопас-

ный предел: между 2-3 единицами. Если показатель больше 3, возрастают риски кровотечений; если меньше 2 – «разжижение» крови считается недостаточным.

Новые антикоагулянты – **ксарелло, эликвис, прадакса** имеют преимущественно антикоагулянтный эффект без необходимости постоянного контроля за показателями свертываемости крови. У них меньше степень взаимодействия с лекарствами, пищевыми продуктами, но здесь очень важен самоконтроль. При появлении гематом, десневых, носовых кровотечений, подозрений на желудочно-кишечные кровотечения (слабость, жидкий стул черного цвета) надо срочно обратиться за медицинской помощью. В группу риска входят гипертоники, люди с язвенной болезнью желудка и кишечника, злокачественными опухолями, заболеваниями печени... Перед любой, даже самой безобидной операцией (например, по удалению зуба) требуется отменить лекарство за 3-4 дня, а перед плановой операцией в обязательном порядке проинформировать хирурга и анестезиолога.

К сожалению, специфической профилактики фибрилляции предсердий не существует, но своевременное и правильное лечение основного заболевания снижает вероятность возникновения мерцательной аритмии.

Светлана ПЛАХОВА,
врач-кардиолог высшей категории,
заслуженный работник здравоохранения
Московской области.