

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина
медицинский факультет

Первый эпизод фибрилляции предсердий: вопросы тактики

Выполнили студенты 5 курса:
Н. И. Нестеренко, М. В. Луцик

Научные руководители: асс. Н. Е. Целик, д. мед. н., проф., зав. кафедрой
внутренней медицины Н. И. Яблучанский



Определение

Фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой *суправентрикулярную тахикардию*, характеризующуюся хаотической электрической активностью предсердий, высокой ЧСС (>350 уд/мин) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады), с неэффективными сокращениями предсердий, ассоциирующуюся с повышением риска тромбэмболий (совместные рекомендации ESC/EACTS по фибрилляции предсердий 2016)

- **Распространенность увеличивается с возрастом**
- **У мужчин развивается чаще, чем у женщин**
- **Пожизненный риск развития ФП составляет около 25% после 40 лет**
- **Примерно у трети пациентов ФП является бессимптомной**
- **Тромбэмболические осложнения удваивают**

Факторы риска развития ФП

- **Возраст более 65 лет**
- **Артериальная гипертония**
- **Ишемическая болезнь сердца (ИБС)**
- **Структурные болезни сердца (дисфункции клапанного аппарата, гипертрофическая кардиомиопатия, систолические/диастолические дисфункции сердца, ХСН)**
- **Гипертиреоз**
- **Ожирение**
- **Сахарный диабет**
- **Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ)**
- **Апноэ во сне**
- **Хроническая болезнь почек**

Осложнения ФП

- Тромбоэмболические осложнения:
 - в 5 раз увеличивается риск инсульта
 - увеличивается риск повторных инсультов, инвалидности
 - в 2 раза выше риск смерти от инсультов
- Сердечная недостаточность
- Проаритмии (фибрилляция желудочков)

Типы ФП

(Рекомендации разработаны в сотрудничестве с Европейской ассоциацией сердечного ритма (EHRA) и одобрены Европейской ассоциацией по кардиоторакальной хирургии (EACTS))

Впервые выявленная ФП - любой

впервые диагностированный эпизод ФП, независимо от длительности и тяжести симптомов.

Пароксизмальная ФП - возвратная и самопрекращающаяся аритмия. Многие пациенты имеют частые симптомные пароксизмы ФП, обычно длящиеся 48 ч или менее, но менее 7 дней.

Персистирующая ФП – длительность эпизода более 7 дней и для его устранения необходима медикаментозная или электрическая кардиоверсия.

Длительно персистирующая ФП - ФП продолжается в течение ≥ 1 года и выбрана стратегия контроля ритма сердца (восстановление синусового ритма и его сохранение с использованием антиаритмической терапии и/или аблации).

Постоянная ФП - диагностируют в тех случаях, когда пациент и врач считают возможным сохранение аритмии, или когда предшествующие попытки кардиоверсии или кардиохирургического лечения были безуспешными.



Основные методы терапии:

- Восстановление синусового ритма
 - Медикаментозная кардиоверсия
 - Электроимпульсная кардиоверсия-дефибрилляция
- Хирургические методы
- Антикоагулянтная терапия – антагонисты витамина К + антитромботические ЛС (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель) (под контролем МНО (2,0 – 3,0))
- Противорецидивная терапия
- Лечение основного заболевания

Электроимпульсная кардиоверсия- дефибрилляция (ЭИТ)

ЭИТ – чрезгрудинное воздействие постоянного тока достаточной силы, с целью деполяризации всего миокарда и возобновлением контроля синоатриальным узлом над сердечным ритмом

- Кардиоверсия – воздействие постоянного тока, синхронизированное с комплексом QRS
- Дефибрилляция – воздействие прямого тока без синхронизации с комплексом QRS

Наш пациент:

- Мужчина
- 59 лет
- *Место работы:* руководитель учреждения
- *Дата поступления в стационар:* 26.01.2017
- *Диагноз при поступлении:* ИБС: постинфарктный (18.03.2006 Q-позитивный задний) кардиосклероз. Субокклюзия ПКА. Стеноз 30% ПМЖВ. Стентирование ПКА (11.05.06). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. Впервые выявленная вторичная ФП. EHRA II, CHADS-VASc-2, HAS-BLEED-1, CH I-IIA ст. Очень высокий дополнительный кардиоваскулярный риск

Жалобы при поступлении

- **Одышка при подъеме по лестнице на 4 этаж**
- **Непродуктивный приступообразный кашель после значительной физической нагрузки (катание на лыжах)**
- **Отеки голеней (нижней трети) по вечерам**
- **Повышенная утомляемость, чувство общей слабости**

Анамнез заболевания 1

- Болеет 11 лет
- Март 2006 г - острый инфаркт миокарда
- 11.05.06г. - стентирование правой коронарной артерии (ПКА)
- До 2009г – амбулаторное наблюдение кардиолога
- 11 лет систематически принимал эналаприл + гидрохлортиазид 5/12,5 утром и эналаприл 10мг вечером, аторвостатин 10мг на ночь
- АД контролировал нерегулярно
- Вел активный образ жизни, увлекался горнолыжным спортом, работал на руководящей должности

Анамнез заболевания 2

- 5.01.2017г. – резкая нехватка воздуха при подъеме по лестнице на 5 этаж; купировал недлительным отдыхом
- Следующие две недели – повтор приступов нехватки воздуха
- 23.01.2017г. - на ЭКГ в поликлинике впервые зарегистрирована фибрилляция предсердий
- 26.01.2017г. - госпитализация в кардиологическое отделение стационара для обследования и подбора адекватной терапии

Объективный статус

- Общее состояние относительно удовлетворительное
- Гиперстеник. Рост 176 см, масса тела 100 кг. ИМТ = 32,3 (ожирение I степени)
- Щитовидная железа умеренно увеличена, безболезненна при пальпации
- ССС: ЧСС- 80, пульс 61 уд/мин, дефицит пульса - 19. АД на левой руке - 135/80, АД на правой руке - 140/80 мм.рт.ст. на фоне гипотензивной терапии. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над аортой
- Дыхательная система: ЧДД - 16. Перкуссия легких: границы легких в пределах нормы, над легкими - легочной звук. Аускультативно: везикулярное дыхание над всей поверхностью легких

План обследования в стационаре

1. Клинический анализ крови + тромбоциты
 2. Клинический анализ мочи
 3. Биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, билирубин, АЛТ, АСТ)
 4. Анализ крови на глюкозу
 5. Липидный спектр крови
 6. ЭКГ
 7. Холтеровское мониторирование ЭКГ с суточным мониторированием АД
 8. УЗИ сердца, печени, почек, щитовидной железы
 9. Велоэргометрия
 10. Консультация аритмолога
 11. Чрезпищеводное ЭхоКГ для определения наличия тромба в полости левого предсердия
- Рекомендуем дополнительно:

1. Коагулограмма
2. Биохимический анализ крови (Ca^{+} , Na^{+} , K^{+})
3. Гормоны паращитовидной железы: паратиреоидный гормон
4. Консультация окулиста и невропатолога

Клинический анализ крови

(02.02.2017)

Показатели	Результаты	Норма
Гемоглобин	169	130 – 160 г/л
Эритроциты	5,91	4,0 – 5,0 Т/л
Цв.Показатель	0,85	0,85 – 1,15
Лейкоциты	8,8	4,0 – 9,0 Г/л
СОЭ	4	1 – 10 мм/ч
Лимфоциты	38,6	19,0 – 37,0%
Тромбоциты	219	180,0 – 320 Г/л
Ht	51,0	40 – 48%

Повышение гемоглобина, незначительный эритроцитоз, лимфоцитоз, повышение гематокрита

Клинический анализ мочи (21.01.17)

Показатели	Результаты	Норма
Удельный вес	1, 015	1, 001 – 1, 040
рН	5,5	5,0 – 7,0
Белок	0, 043	<0,033 г/л
Глюкоза	не обнаружена	-
Лейкоциты	2-4 в п/з	6 – 8 в п/з
Соли	Оксалаты (немного)	

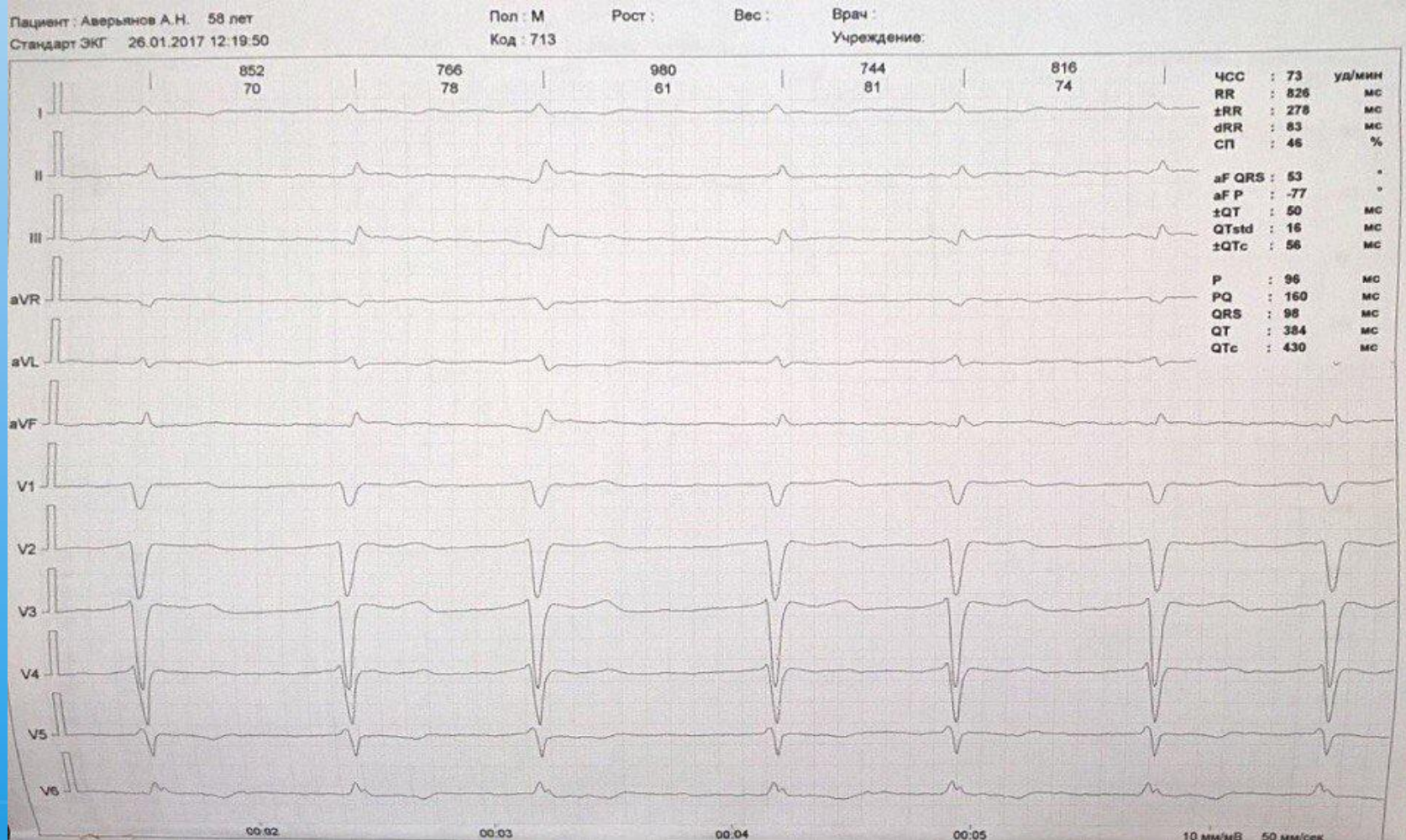
Незначительная протеинурия

Биохимический анализ крови (21.01.17)

Показатель	Результат	Норма
Креатинин	98	62,0– 106,0 мкмоль/л
Глюкоза	6,0	4,2 – 6,1 ммоль/л
Мочевина	90	2,8 – 7,2 ммоль/л
Билирубин общий	15,0	8,6 – 25,5 мкмоль/л
Калий (сыворотка)	5,19	3,5 – 5,1 ммоль/л
АлАТ	67	< 47 у/л
АсАТ	43	< 35 у/л
Липидный спектр (21.01.17)		
Холестерин	3,97	< 5,2 ммоль/л
Холестерин VLDL	0,3150	< 1,0 ммоль/л
Холестерин LDL	2,8750	< 3,5 ммоль/л
Холестерин HDL	0,78	> 0,9 ммоль/л
Триглицериды	0,70	< 2,3 ммоль/л
КА	4,0897	<3,0 ммоль/л

Увеличение уровня мочевины, аминотрансфераз, гиперкалиемия, повышение КА и снижение уровня Холестерин HDL

ЭКГ (26.01.2017)



Фибрилляция предсердий, ЧСС 73 уд/мин. Рубцовые изменения миокарда левого желудочка в области задней стенки. Неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости

Динамика эхокардиографических показателей

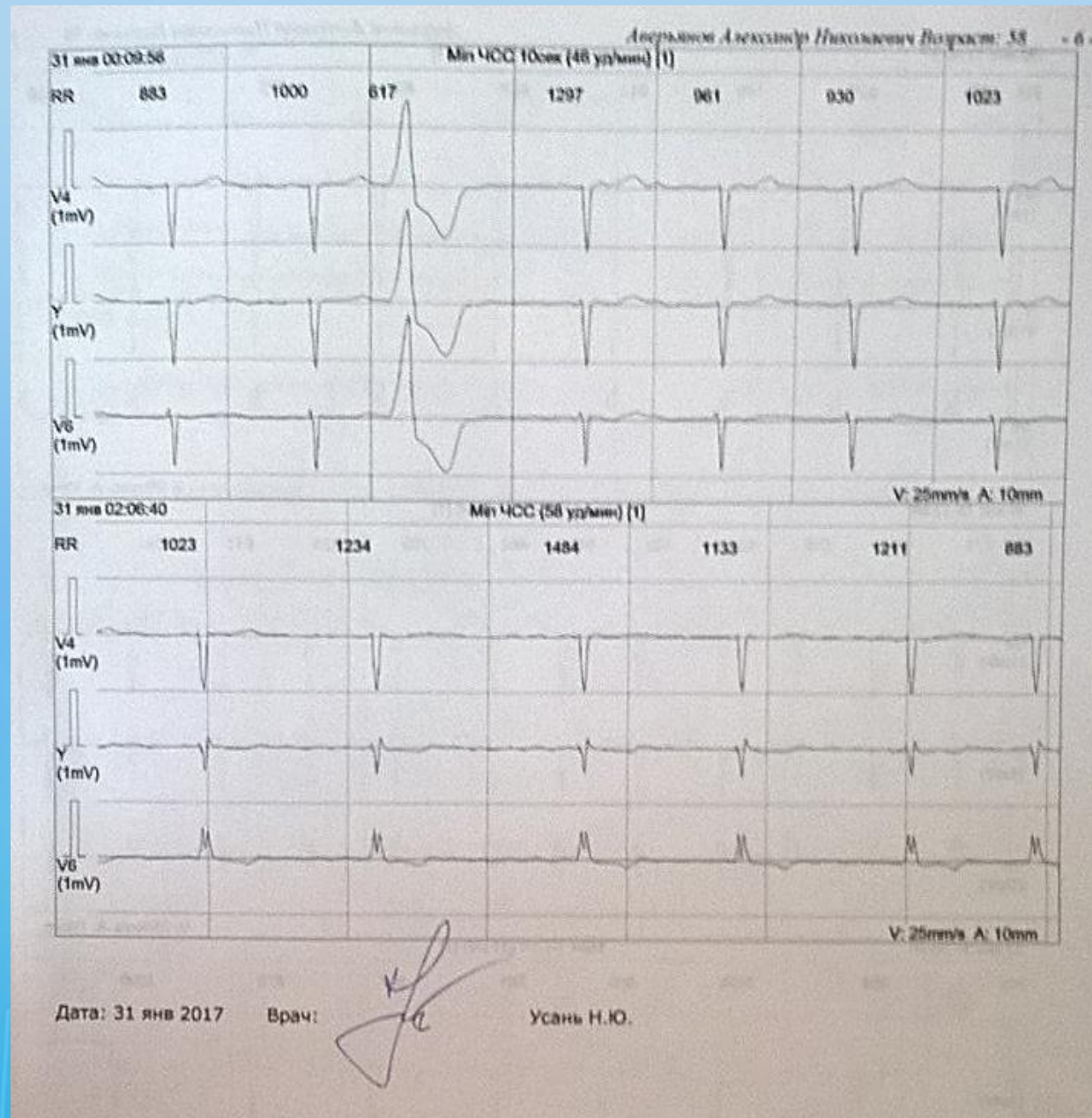
Показатель	2006	2017
Гипертрофия миокарда	левого желудочка	обоих желудочков : ЗССЛЖ 14,7мм (6-11мм), МЖП- 14,1мм (6-11мм), правое предсердие – d 42,0 мм(21-37мм), ПЖ – d 30мм (9-26мм).
Дилатация полостей	Не выявлено	Дилатация всех полостей: передне-задний размер ЛП – 52,0х66,0мм (21-37 мм), левый желудочек- КДД 59,0 мм (35-55мм), КСД 45мм (23-38мм).
Атеросклеротические изменения	Аорты	Аорты, створок аортального и митрального клапанов
Дискинезия	Акинезия задне-верхушечно-бокового сегмента	Акинезия миокарда в области задней, заднебоковой и базальной стенок ЛЖ
Патологическая регургитация	Не выявлено	Митральная регургитация II-III степени. Трикуспидальная регургитация I степени
Фракция выброса	61 %	44%

Суточное мониторирование ЭКГ 1 (30.01.17)

За все время мониторирования регистрировалась **фибрилляция предсердий со средней ЧСС 71 уд/мин с единичными и спаренными желудочковыми экстрасистолами.**

Суточное мониториро вание ЭКГ (30.01.17)

Наджелудочковая
эктопическая
активность по
“смешанному типу”.
Желудочковая
эктопическая
активность - “ночной
тип аритмии”
Циркадный индекс -
1,09 (ригидный
ритм)



Велоэргометрия (30.01.17)

Максимальная мощность предложенной нагрузки 50 Вт. Проба положительная. Выявлены признаки коронарной недостаточности в виде элевации ST в отведении III и aVF на 1,5 мм. Ангинозных болей при проведении не было.

Чреспищеводное ЭхоКГ (03.03.2017)

- В ушке левого предсердия – линейный тромб, d – 12,5 – 4,9 мм, умеренно флотирующий в кровотоке
- В правом ушке и предсердии тромбов нет
- В передней части МЖП функционирующее овальное отверстие диаметром 0,15 см

**Консультация аритмолога
ХНИИОНХ
(03.03.2017):**

**Пациенту рекомендовано
восстановление сердечного ритма
через месяц**

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

- Атеросклероз (Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов, Холестерин HDL 0,78, КА – 4,0897)
- Артериальная гипертензия (АД – 160/90)
- Нарушения ритма (ФППФ, нормосистолический вариант)
- Сердечная недостаточность (ПИКС в 2006 г. Q-позитивный задний, фракция выброса – 44%)
- Избыточная масса тела (ИМТ = 32,3 (ожирение I степени))
- Гепатомегалия (Диффузные изменения паренхимы печени с увеличением по типу жирового гепатоза)
- Гиперплазия щитовидной железы 2 степени. Кисты обеих долей щитовидной железы
- Гиперплазия паращитовидной железы справа

Клинический диагноз

ИБС: постинфарктный (18.03.2006 Q-позитивный задний) кардиосклероз. Субокклюзия ПКА. Стеноз 30% ПМЖВ. Стентирование ПКА (11.05.06). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. Впервые выявленная вторичная фибрилляция предсердий. EHRA II, CHADS-VASc-2, HAS-BLEED-1, СН I-IIА с диастолической дисфункцией миокарда ЛЖ (ФВ 45%). Очень высокий дополнительный кардиоваскулярный риск.

Сопутствующий диагноз: гиперплазия щитовидной железы 2 степени. Кисты обеих долей щитовидной железы. Гиперплазия паращитовидной железы справа. Диффузные изменения печени с ее увеличением по типу жирового гепатоза, полип желчного пузыря

Лечение в стационаре

- **Небивалол г/х 2,5 мг днем**
- **Эналаприл+гидрохлортиазид 5/12,5 утром**
- **Эналаприл 5 мг вечером**
- **Ривароксабан 20мг в 15:00**
- **Амиодарон г/х 200 мг 3 р/д**
- **L-аргинин аспартат 100 мг в/в капельно**
- **Эссенциале (EPL-субстанция) 5,0 в/в струйно**

Коррекция лечения после проведения ЧПЭХО-КГ

- Ривароксабан 20 мг в 15:00
- Небивалол 2,5 -5 мг утром утром под контролем пульса и АД. При САД<105 или пульсе <50 препарат отменить, зарегистрировать ЭКГ, провести коррекцию терапии
- Амлодипин бесилат 5 мг
- Через 3 недели возобновить амиодарон: 100 мг 2 раза в сутки, если пульс менее 70 уд/мин. Если пульс 70 или более - по 200 мг 2 раза в день
- Через 4 недели повторно провести ЧП ЭХО-КГ. При отсутствии тромбов в предсердиях провести попытки восстановления ритма (кардиоверсия).

Рекомендации по ведению пациента

- **Модификация образа жизни (снижение физической нагрузки и контроль АД, гиполипидемическая диета)**
- **Антикоагулянтная терапия**
- **Контроль синусового ритма:**
- **Кардиоверсия**
- **Лечение артериальной гипертензии**
- **Лечение сердечной недостаточности**
- **Повторная консультация аритмолога, для определения тактики восстановления ритма**

Выводы

- На примере клинического случая показано влияние чрезмерных физических нагрузок и психоэмоциональных факторов на возникновение фибрилляции предсердий и прогрессирование сердечной недостаточности у пациента, перенесшего инфаркт миокарда. Впервые возникшая фибрилляция предсердий, спустя 11 лет после инфаркта миокарда, плохо поддается медикаментозной терапии.
- Дальнейшая тактика ведения пациента будет зависеть от результатов антикоагулянтной терапии и повторной чрезпищеводной ЭхоКГ. Тем более, что стратегия контроля частоты желудочкового ритма не уступает стратегии контроля ритма по эффективности профилактики сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

