

ции, снижения эмоциональной нагрузки, а также нормализация психической функции пациентов, утративших веру в свое выздоровление, сокращение и при возможности отказ от медикаментозной терапии — составляют основные задачи санаторно-курортной терапии на поликлиническом этапе реабилитации.

В настоящее время признается, что санаторно-курортное лечение в системе реабилитации пациентов ИБС носит вторично-профилактический характер. Нами отмечено сохранение трудоспособности пациентов ИБС в течение 6–12 мес. после санаторно-курортного лечения, а также удерживание стабильного состояния функциональной способности сердечно-сосудистой системы у 80–90 % пациентов.

Надо полагать, что при учете тесной взаимосвязи сократимости миокарда и коронарного кровообращения при ИБС не исключено, что в основе урежения стенокардии лежит не только субъективный эффект благоприятного психологического и лечебно-охранительного режима, но и объективный эффект расширения функциональных возможностей миокарда (улучшение метаболических процессов) за счет «природной оксигенации» организма и повышения экономизации функции кровообращения и дыхания.

Однако у пациентов с ИБС в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда, в связи с нестабильностью компенсаторных механизмов, требуется особое внимание к профилактике повторных инфарктов и неблагоприятного течения коронарной и сердечной недостаточности [4, 5]. Для большинства пациентов ИБС следует признать целесообразным курортное лечение в измененных климатических условиях не ранее первого постинфарктного года, уже при сформировавшихся адаптационно-компенсаторных процессах и степени функциональных нарушений, не превышающей I и II ФК.

#### **Заключение**

Многоэтапный и взаимосвязанный патогенез ИБС требует разработки комплексного направления реабилитации с целью воздействия на возможно большее число патогенетических звеньев заболевания, предупреждение его прогрессирования, восстановление компенсаторно-адаптационных механизмов организма и улучшение качества жизни пациентов.

Важнейшим аспектом проблемы реабилитации пациентов ИБС является создание адекватных и эффективных методов восстановительной терапии и режимов лечения на поликлиническом этапе реабилитации, позволяющих более активно восстанавливать физическую и психическую работоспособность. Это определяет поиски новых путей, способствующих развитию и совершенствованию адаптационно-компенсаторных механизмов и поддержанию устойчивого состояния пациентов с ИБС.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Герасименко, М. Ю. Итоги и перспективы развития медицинской реабилитации и курортологии / М. Ю. Герасименко // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2017. — № 1. — С. 4–11.
2. Карпов, Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. — М.: Реафарм, 2003. — 244 с.
3. Лямина, Н. П. Обоснованные подходы в повышении эффективности реабилитационно-профилактических программ у пациентов после инфаркта миокарда с низкой физической активностью / Н. П. Лямина, А. В. Наливаева // Кардиология. — 2017. — № 1. — С. 86–89.
4. Шальнова, С. А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Ю. А. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5 (2). — С. 73–80.
5. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.

**УДК 616.008.313.2-08**

## **АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Бакалец Н. Ф., Моисеенко О. И.**

**Учреждение образования**

**Гомельский государственный медицинский университет  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Перед участковым терапевтом и (или) кардиологом стоит несколько задач по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) на амбулаторном этапе. Специалист должен

разработать индивидуальное лечение основных заболеваний, лежащих в основе ФП. Эта терапия направлена на профилактику и задержку электрического и структурного ремоделирования предсердий, обусловленного ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), воспалительными процессами. Такими препаратами, модифицирующими течение ФП, являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона, статины, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты [1].

Следующей задачей является удержание синусового ритма как можно дольше при пароксизмальной либо персистирующей форме ФП или достижение контролируемой частоты желудочковых сокращений при постоянной форме ФП (60–80 уд./мин в состоянии покоя и 90–110 уд./мин — при умеренной нагрузке). При назначении антиаритмических препаратов важно знать не только наличие показаний и противопоказаний, но и вести мониторинг развития побочных эффектов и ассоциированных состояний, обусловленных длительным применением препаратов. Врач амбулаторного звена может столкнуться с ситуациями, которые возникают при лечении ФП в сочетании с патологией других органов и систем. Например, эта аритмия может развиваться при синдроме WPW, у пациентов с нарушением функции щитовидной железы, у пациентов с заболеваниями легких, у беременных, при острой либо хронической алкогольной интоксикации. Необходимо соблюдать преемственность в рекомендациях, которые были даны в стационаре (например, принятое решение о восстановлении синусового ритма с помощью плановой электрической кардиоверсии), использовать критерии обстоятельств в решении вопроса о восстановлении синусового ритма и алгоритмы по тактике и длительности применения антиаритмических препаратов и возможности хирургического лечения пациентов [2].

Грозным осложнением ФП является тромбэмболический синдром вследствие пристеночного стаза крови в ушках предсердий. ФП увеличивает риск тромбэмболического инсульта в 5 раз и обуславливает возникновение каждого пятого инсульта, причем недиагностированная («немая») ФП может являться причиной некоторых случаев «криптогенных» инсультов [3]. Исследование AFFIRM показало, что частота инсультов не различалась между группами пациентов с контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС) и контролем ритма сердца, то есть пароксизмальная форма ФП увеличивает риск инсульта в той же степени, как постоянная или персистирующая [4]. Врач оценивает риск развития тромбэмболических осложнений с помощью шкалы CHAD<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и адекватно подбирает антитромботическую терапию (ангиагреганты, антикоагулянты). При назначении антикоагулянтов также важно вести мониторинг риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED [1]. Поэтому правильное лечение и ведение пациентов с ФП на амбулаторном этапе является достаточно сложной задачей, что усиливает актуальность проблемы.

### **Цель**

Провести аналитическую оценку ведения пациентов с ФП на амбулаторном этапе.

### **Материал и методы исследования**

Материалом исследования были медицинские карты амбулаторных пациентов форма №025/у из 5 поликлиник г. Гомеля. В исследование были включены 80 пациентов с ФП в возрасте от 35 до 83 лет. 47,5 % пациентов составляли мужчины, 52,5 % — женщины. Средний возраст мужчин составил  $66 \pm 10$  лет, женщин —  $69,9 \pm 7,25$  лет. Анализ назначения антиаритмической терапии проводился на основании клинического протокола диагностики и лечения тахикардии и нарушений проводимости, утвержденного Министерством здравоохранения Республики Беларусь 20.12.2014 № 117 и Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ФП [5]. Для оценки назначения антитромботической терапии использовалась шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>2</sub> [1]. Составление баз данных и обработка полученных результатов проводилось с помощью программы «Microsoft Excel 2010».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По форме ФП структура составила: пароксизмальная форма — 70 %, персистирующая форма — 8,7 %, постоянная форма — 21,2 %. Диагноз ФП был подтвержден электрокардио-

графическим методом исследования. Эхо-кардиографическое исследование было проведено у 88,7 % пациентов.

У пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП (n = 63) для восстановления ритма в большинстве случаев применялся амиодарон — 84 % пациентов, этаизин — 6,3 % пациентов, соталол — у 1 пациента, пропафенон — у 1 пациента, ЭИТ — у 1 пациента, неизвестно — у 2 пациентов.

С целью профилактики пароксизмов ФП амиодарон был назначен 47,5 % пациентам, причем половина из них получала амиодарон в комбинации с бета-блокаторами. Насыщающая доза амиодарона, рекомендованная Национальными рекомендациями, была назначена только каждому третьему пациенту (31,6 %). Этаизин получали 12,5 % пациентов, соталол — 11,2 % пациентов, пропафенон — 5 % пациентов, бета-адреноблокаторы — 3,8 %. Известно, что антиаритмические препараты IC группы противопоказаны при структурной патологии сердца (перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия, гипертрофия миокарда левого желудочка более 14 мм, наличие дилатации левого желудочка и снижения фракции выброса менее 40 %). В нашем анализе каждый второй пациент, принимавший этаизин и три из четырех пациентов, принимавших пропафенон, имели такую структурную патологию сердца, причем IC группа была назначена 3 пациентам с полной блокадой левой ножки пучка Гиса, что является абсолютным противопоказанием.

Застойная сердечная недостаточность диагностирована у 52,5 % пациентов. Каждому четвертому пациенту с застойной сердечной недостаточностью для контроля ЧСС была назначена комбинация бета-блокаторов и сердечных гликозидов. Комбинация амиодарона с бета-блокаторами была назначена одному пациенту, одна пациентка принимала дигоксин в виде монотерапии. Остальные пациенты принимали только бета-блокаторы (биспролол, карведилол, метопролол). Следует отметить, что участковые врачи назначали метопролола тартрат короткого действия, эффект которого на выживаемость при ХСН не доказан.

Пациентам с ХСН (n = 26) для контроля синусового ритма наиболее часто назначался амиодарон — в 57 %, причем каждый третий пациент принимал его совместно с бета-блокаторами. 11 % пациентов использовали соталол, 11 % — монотерапию бета-блокаторами. В остальных случаях были назначены антиаритмические препараты IC группы (пропафенон, этаизин), что является нерациональным при застойной ХСН.

Следует отметить, что амиодарон был назначен 20,8 % пациентам с заболеваниями щитовидной железы, причем у всех функция была не нарушена, что в последующем привело к ее нарушению (гипертиреоз) только у одного пациента. Среди других осложнений на фоне приема амиодарона наблюдалась брадикардия у одного пациента, удлинение интервала QT более 0,44 с наблюдалось у одного пациента. Аллергическая реакция в виде крапивницы наблюдалась у одного пациента, принимавшего амиодарон и у одного пациента, принимавшего этаизин.

Антитромботическую терапию получали 100 % пациентов. По шкале стратификации риска тромбоэмболических осложнений CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у пациентов с неклапанной ФП (n = 75) были получены следующие результаты: 0 баллов было у 8 % пациентов, 1 балл — у 18,6 % пациентов, 2 балла и более — у 73,3 % пациентов. Пациенты, имеющие 0 баллов (n = 6) наиболее часто получали аспирин в 66,6 % случаев, варфарин получал 1 пациент, ривороксабан — 1 пациент. Пациенты, имеющие 1 балл (n = 14) наиболее часто получали аспирин в 50 % случаев, варфарин — в 14,2 %, ривороксабан — в 14,2 %, аспирин в сочетании с клопидогрелем — в 21,4 %. Пациенты, имеющие 2 балла и более (n = 55) в большинстве случаев получали аспирин — 45,4 %, варфарин — 27,2 %, аспирин в сочетании с клопидогрелем — 21,8 %, ривороксабан — 3,6 %, клопидогрель — 1 пациент. Таким образом, только каждый третий пациент с высоким риском тромбообразования получал не прямые антикоагулянты, рекомендованные Национальными рекомендациями.

Следует отметить, что пациенты имеющие клапанную патологию (n = 5) одинаково часто получали аспирин — 2 человека и варфарин — 2 человека, комбинацию аспирина с клопидогрелем получал 1 пациент, что также не соответствует Национальным рекомендациям.

Также мы проанализировали терапию, направленную на лечение заболеваний, приведших к развитию ФП. Пациенты с АГ (n = 59) получали препараты, рекомендованные Нацио-

нальными рекомендациями по диагностике и лечению ФП в 95,5 % случаев, из них иАПФ были назначены в 84 % случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина II — в 16 % случаев, 3 пациента гипотензивную терапию не получали.

Пациенты, имеющие ХСН (n = 42) согласно Национальным рекомендациям получали препараты, модифицирующие течение ФП, в большинстве случаев. Среди них иАПФ были назначены в 78,6 % случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина II — в 21,4 % случаев, статины — в 74 % случаев, антагонисты альдостерона — в 55 % случаев.

### **Заключение**

Полученные данные свидетельствуют о том, что врачи амбулаторного звена в достаточной мере знают и осуществляют стратегию ведения пациентов с ФП. Так, практически все пациенты получают лечение основного заболевания, приведшего к развитию ФП. Правильно разрабатывается тактика лечения пациентов с застойной сердечной недостаточностью, хотя выявлены случаи изолированного применения дигоксина и антиаритмических препаратов IC группы у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка. Не всем пациентам проводят эхо-кардиографическое исследование, которое входит в обязательный алгоритм диагностики.

При выборе антиаритмических препаратов у пациентов с фибрилляцией предсердий не всегда учитывалось наличие органической патологии сердца, застойной сердечной недостаточности и сопутствующей патологии.

У пациентов с высоким риском тромбэмболического синдрома назначение пероральных антикоагулянтов является недостаточным, что в дальнейшем может привести к увеличению риска инсультов и других тромбэмболических осложнений.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) / A. J. Camm [et al.] // *Europace*. — 2010. — Vol. 12 (10). — P. 1360–1420.
2. *Миллер, О. Н.* Фибрилляция предсердий. Тактика ведения пациентов на догоспитальном, стационарном и амбулаторном этапах / О. Н. Миллер, Ф. И. Белялов // *Российский кардиологический журнал*. — 2009. — № 4 (78). — С. 94–111.
3. Focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 Guideline) / L. S. Wann [et al.] // *Heart Rhythm*. — 2011. — Vol. 8. — P. 157–176.
4. Occurrence and Characteristics of Stroke Events in the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Sinus Rhythm Management (AFFIRM) Study / D. G. Sherman [et al.] // *Arch. Intern Med*. — 2005. — Vol. 165. — P. 1185–1191.
5. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010. — 84 с.

**УДК 616.12-008.313-036.12**

## **КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Бакалец Н. Ф.<sup>1</sup>, Моисеенко О. И.<sup>1</sup>, Кудласевич С. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

<sup>2</sup>**Учреждение здравоохранения**

**«Гомельская областная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Частота фибрилляции предсердий (ФП) в общей популяции составляет 1,5–2 % и увеличивается с возрастом. В популяции старше 60 лет ФП наблюдается в 3,8 % случаев, а старше 80 лет — достигает 9 % [1]. Артериальная гипертензия (АГ) ответственна за большее количество случаев развития ФП (14 %), чем любой другой фактор риска [2]. АГ приводит к гипертрофии левого желудочка вследствие увеличения образования ангиотензина II, эндотелина, альдостерона. Альдостерон стимулирует избыточную аккумуляцию коллагена, что приводит к развитию интерстициального фиброза. Все эти факторы ведут к диастолической