

ОТЧЕТ О РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ “ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ”

3-4 июня 1999 г. в Томске состоялась III региональная научно-практическая конференция “Диагностика и лечение фибрилляции предсердий”. В работе конференции приняли участие известные отечественные и иностранные специалисты, а также ученые и практики из городов Сибири и Дальнего Востока. В рамках конференции была развернута выставка производителей медицинской техники и лекарств: “Biotronik”, “Medtronic”, “Sulzer-Intermedics”, “Электропульс”, “Элестим-кардио”, “Биоток”, “Sanofi”.

Обсуждались вопросы патогенеза и клинической электрофизиологии фибрилляции предсердий (ФП), различные аспекты эффективности фармакотерапии и катетерной абляции, имплантируемых антитахикардических устройств и хирургии этой формы нарушений ритма сердца.

В лекции С.В.Попова (Томск) были отражены основные этапы развития представлений о природе и клинической значимости ФП, современное состояние вопроса изучения электрофизиологии и эффективности основных методов лечения этой формы аритмии.

Лекция В.А.Сулимова была посвящена медикаментозному лечению ФП и содержала основные принципы и тактику различных подходов к проведению купирующей и профилактической фармакотерапии.

В рамках конференции состоялся симпозиум фирмы “Biotronik”, в ходе которого обсуждались возможности немедикаментозных методов лечения ФП. В лекции М.Шальдаха (Германия) рассматривались основные концепции электротерапии сердца.

При обсуждении проблемы ФП внимание все в большей степени фокусируется на понимании пато-

физиологических механизмов возникновения и выработке современной концепции ее предупреждения, нежели на методах лечения. В центре современных разработок должно быть предотвращение ФП в связи с высоким риском эмболий при возникновении ее персистентных форм.

Представлен обзор различных подходов к предупреждению ФП с помощью пейсмекеров. Биатриальная стимуляция может превентивно воздействовать на ряд механизмов, лежащих в основе ФП, таких как, нарушение межпредсердной проводимости или неоднородная рефрактерность миокарда предсердий. Кроме того, большим аритмогенным потенциалом обладает симпато-вагальный дисбаланс контроля сердца автономной нервной системой. Поэтому подход к электростимуляции сердца, основанный на воссоздании замкнутого контура регуляции частоты сердечных сокращений у больных с хронотропной недостаточностью, позволяет предотвратить ФП благодаря сохранению сократительных резервов миокарда.

В лекции Л.А.Бокерия (Москва) представлены основные гемодинамические формы ФП и подходы к их лечению. Важно сочетать медикаментозные и хирургические методы купирования и предупреждения ФП. Эффективность хирургических методов на современном этапе не превышает 50%. Наилучшие результаты хирургической изоляции как правого, так и левого предсердия прослеживаются у пациентов без органической патологии сердца. Развитие техники картирования, радиочастотная абляция с использованием новых катетеров, а также миниторакоскопическая техника позволят значительно увеличить эффект лечения ФП. Операция “лабиринт” с использованием Port Access с видеоподдержкой может привести к значительно более простой и менее инвазивной операции при ФП, нежели той, которая применялась в течение первых 10 лет.

А.Ш.Ревитшвили (Москва) в своей лекции остановился на интервенционных методах лечения ФП. Каждые 5-7 лет происходит пересмотр подходов к методам лечения ФП. Биатриальная электростимуляция позволяет предупредить пароксизмы ФП у 90% пациентов при наблюдении в течение одного года. Этот метод показан в первую очередь пациентам с бради-тахикардией.

Ближайшей перспективой в развитии метода лечения ФП с помощью имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов является создание приборов с полностью автоматизированной терапией наджелудочковых тахикардий, в том числе с использованием минимально-энергетических воздействий на предсердия при ФП, что потребует создания новых электродов, их конфигураций и соответствующего электрического импульса между ними.

Представлен опыт первого применения в клинике новой конфигурации электродов для дефибрилляции с использованием шоковой катушки в коронарном синусе для дефибрилляции предсердий. Обращено внимание на необходимость улучшения качества электрофизиологических исследований, рас-

ширения применения в клинической практике нефлюороскопической техники для увеличения эффективности радикального устранения ФП. В ходе последующих секционных заседаний обсуждались различные аспекты диагностики и лечения ФП.

В лекции Д.Ф.Егорова (Ст-Петербург) обобщены результаты многолетних исследований по эффективности различных нефармакологических, а именно, катетерных методов лечения ФП. Использование индивидуального подхода к выбору метода лечения позволяет значительно увеличить успех лечения тахисистолических форм ФП. Этому же вопросу был посвящен целый блок докладов.

В сообщениях И.В.Антонченко с соавт.(Томск), Э.А.Иваницкого с соавт. (Красноярск) показано, что метод радиочастотной модификации АВ соединения сердца у больных с ФП позволяет эффективно контролировать частоту желудочковых сокращений без применения медикаментозных средств, улучшая качество жизни пациентов. Положительный эффект радиочастотной модуляции АВ соединения проявляется в уменьшении функционального класса стенокардии, отсутствии необходимости медикаментозного купирования и электроимпульсной терапии у пациентов с ФП.

Л.А.Бокерия с соавт. (Москва) считают, что радикальные операции протезирования митрального клапана с изоляцией обоих предсердий (хирургической и радиочастотной) показаны пациентам, у которых размеры левого предсердия менее 55 мм и фракция выброса более 55%, что дает возможность сохранения синусового ритма в 75% случаев. Операции протезирования митрального клапана в сочетании с искусственной АВ-блокадой и имплантацией частотно-адаптивного электрокардиостимулятора являются операциями выбора у больных, которым выполнение изолирующих операций на предсердиях невозможно.

По мнению С.А.Ковалева с соавт. (Воронеж), больные с митральным пороком сердца, имеющие длительный анамнез ФП, требуют коррекции тахикардии для контроля частоты сокращения желудочков.

Целесообразность сроков выполнения зависит от длительности ФП и размеров левого предсердия. По опыту А.И.Оферкина с соавт. и А.И.Петша с соавт. (Томск) модификацией АВ проведения при ФП удается достичь клинического эффекта менее чем у половины пациентов. В большинстве случаев в ходе воздействия приходится наносить радиочастотные аппликации в области “медленного” и “быстрого” путей. Даже в случае достижения эффекта после данной процедуры необходима медикаментозная терапия. В связи с агрессивным характером радиочастотного воздействия в области АВ соединения и необходимостью приема препаратов, угнетающих АВ проведение, таким пациентам имплантируют электрокардиостимулятор.

Д.Н.Дерманский с соавт. (Магнитогорск) указывают на оптимизацию частоты сердечных сокращений после радиочастотной абляции при тахисистолической форме ФП, что сопровождается улучше-

нием параметров центральной гемодинамики.

Уязвимость предсердий у больных с манифестирующим синдромом WPW, вероятно, определяется свойствами дополнительного АВ соединения (С.А.Ковалев с соавт., Воронеж), при этом исходное состояние гемодинамики (системное артериальное давление, фракция выброса, размер левого предсердия) имеют меньшее значение.

Для больных с ФП на фоне манифестирующего синдрома характерно более высокое значение рефрактерного периода дополнительного АВ пути и точки Венкебаха, что является предрасполагающим фактором. Для больных с ФП с проведением возбуждения по дополнительному пути типична более тяжелая клиническая картина, при этом ФП может манифестировать у больных в те же сроки, что и ортодромная тахикардия.

Наличие у пациента синдрома тахи-брадикардии (С.А.Зенин с соавт., Новосибирск) является весьма убедительным показанием к имплантации кардиостимулятора в предсердном или двухкамерном вариантах, что способствует стабилизации ритма сердца. Следует отметить, что перед принятием решения об имплантации электрода в предсердие необходима тщательная оценка АВ проведения и влияние на нее антиаритмических препаратов.

А.Ш.Ревитшвили с соавт. (Москва) обращают внимание на то, что несмотря на положительные результаты лечения ФП методом радиочастотной абляции, всем больным необходим индивидуальный подбор режима электрокардиостимуляции.

В.В.Алеев с соавт. (Томск) по результатам электрофизиологических данных делают вывод от том, что, во-первых, в появлении ФП играет роль не только левое, но и правое предсердие (увеличение времени межпредсердного проведения как в “антеградном”, так и “ретроградном” направлениях, а также изменение амплитуды предсердного потенциала). Во-вторых, во время проведения программированной стимуляции прогрессивное удлинение времени межпредсердного проведения с появлением зоны уязвимости подтверждает волновую теорию ФП.

В-третьих, на фоне проводимой временной биатриальной электростимуляции нормализуются некоторые электрофизиологические параметры (увеличение рефрактерного периода, отсутствие его дисперсии, исчезновение зоны уязвимости), что доказывает эффективность метода в поддержании синусового ритма и профилактике рецидивов тахиаритмии.

Л.А.Бокерия с соавт.(Москва) полагают, что основными преимуществами двухмерных имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов являются: возможность дифференцированной электрокардиотерапии, отсутствие немотивированных разрядов на синусовую тахикардию, ФП, возможность проведения двухкамерной физиологической электрокардиостимуляции, особенно у больных с низкой фракцией выброса левого желудочка и расширение возможности подбора антиаритмической терапии. У значительного числа больных хронической (84%) и пароксизмальной (47%) ФП (А.Н.Сумин с соавт., Ле-

нинск-Кузнецкий) отмечается спонтанное эхо-контрастирование в полости левого предсердия. При этом тромбы ушка левого предсердия регистрировались у 22% больных с хронической ФП, что подчеркивает необходимость использования чреспищеводной эхокардиографии для выявления больных с повышенным риском тромбоэмболических осложнений для проведения профилактической антикоагулянтной терапии.

Один из разделов программы конференции был посвящен теоретическим вопросам. Доклад Л.Н.Маслова (Томск) был посвящен перспективам создания новых антиаритмических препаратов, не относящихся к четырем известным классам антиаритмиков. Охарактеризованы работы в этом направлении, предпринимаемые зарубежными коллегами, а также результаты собственных исследований, касающихся антиаритмических эффектов опиоидов и активаторов АТФ-зависимых К⁺-каналов.

Б.Ю.Кондратьев с соавт. (Томск) определили, что при моделировании ФП в остром эксперименте нарушается нормальный процесс обратного захвата катехоламинов адренергическими терминалями и поступления их непосредственно в миокард, что нарушает адекватную сократимость миокарда за счет сенсibilизации избытком катехоламинов адренергических рецепторов, а также снижает защитную функцию адренергических волокон от избытка катехоламинов, циркулирующих в крови.

Моделирование ФП у крыс в остром опыте характеризуется выбросом катехоламинов и повышением активности гликоген-фосфорилазной системы миокарда, эти изменения могут быть расценены как необходимые адаптивные меры для поддержания функционирования предсердий в более энергоемком режиме сокращений. При этом отмечается феномен падения функционального объема капилляров, что ведет к ишемизации миокарда и поддержанию ФП.

По мнению Л.А.Маймескуловой (Томск), антиаритмический эффект растительных адаптогенов можно расположить в следующей последовательности: экстракт левзеи - экстракт родиолы - экстракт элеутерококка - настойка женьшеня.

Обсуждались некоторые аспекты вегетативной регуляции сердечного ритма. Так, О.Н.Миллер с соавт. (Новосибирск) полагают, что при отсутствии структурных нарушений и геометрии камер сердца снижение показателей variability синусового ритма может являться независимым предиктором возникновения ФП. Холтеровское мониторирование с определением вегетативных влияний на сердце (И.Г.Плеханов с соавт., Томск) играет существенную роль в подборе антиаритмической терапии в сочетании с традиционным электрофизиологическим исследованием. Вне зависимости от типа ФП (И.А.Гусева с соавт., Новосибирск) у этих пациентов регистрируются электрофизиологические “факторы риска”.

Складывается впечатление, что тип вегетативной нервной системы оказывает влияние на вариант возникновения (провоцирующий фактор) пароксизма ФП, поэтому одним из направлений медикамен-

тозной терапии должно быть предупреждение изменения тонууса вегетативной нервной системы для снижения тем самым, вероятности развития пароксизмальных нарушений сердечного ритма.

В лекции В.А.Шульмана (Красноярск) обращено внимание на необходимость внимательного анализа генетических аспектов нарушений ритма сердца, в том числе ФП. Важное значение имеет использование в клинике высокоинформативных электрофизиологических методов исследования для выявления скрытых нарушений ритма и проводимости сердца.

У группы исследователей из Томска (Г.М.Савенкова с соавт.) сложилось мнение, что подбор профилактического лечения, основанного на повторном индуцировании пароксизмов ФП, достаточно “жесткий” метод в связи с неприятными (болевыми) ощущениями, возникающими у многих пациентов при проведении чреспищеводного электрофизиологического исследования, которые необходимо проводить повторно, достаточно частой трудностью купирования тахикардии; угрозой возникновения жизнеугрожающих нарушений ритма сердца в виде фибрилляции желудочков при манифестирующем синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта, угрозой возникновения тяжелых тромбозов, которые возвели пароксизмальную форму ФП в ранг жизнеугрожающих; усилением тревожно-депрессивного состояния, которое сопровождает многие соматические заболевания, а у больных с аритмиями встречается практически всегда.

Авторы полагают, что метод чреспищеводного электрофизиологического исследования может быть приемлем в случаях не тяжело и не длительно протекающих пароксизмов ФП (самостоятельно купирующихся) у достаточно хорошо обследованных (чреспищеводное эхокардиографическое исследование для исключения наличия тромбов в предсердиях) и подготовленных (назначение антикоагулянтов или антиагрегантов пациентам после оперативных вмешательств, а также с варикозной болезнью) больных.

А.А.Селиверстов с соавт. (Магнитогорск) изучили динамику эхокардиографических показателей систолической и диастолической функции левого желудочка и размеров левого предсердия у больных с идиопатической пароксизмальной ФП. При этом через сутки после успешной кардиоверсии рост фракции выброса происходил за счет увеличения конечно-диастолического давления левого желудочка и улучшения профиля трансмитрального кровотока с увеличением пиковой скорости раннего диастолического наполнения. Через 7 суток отмечался дальнейший менее выраженный прирост фракции выброса, что объясняется уменьшением конечно-систолического при незначительном уменьшении конечно-диастолического давления левого желудочка. При использовании стресс-эхокардиографии с применением высокой дозы дипиридамола возникает вопрос безопасности проведения данного вида исследования. Для изучения влияния дипиридамола в ходе стресс-эхокардиографии выполнено чреспищеводное электрофизиологическое исследование.

А.Б.Тривоженко, Томск. Выявлено увеличение частоты сердечных сокращений, умеренное увеличение точки Венкебаха, уменьшение рефрактерного периода АВ соединения. У всех пациентов со снижением АВ проводимости выявлена скрытая коронарная недостаточность региона миокарда, кровоснабжаемого правой коронарной артерией, ветви которой снабжают и АВ соединение.

У больных с идиопатической формой ФП (В.А.Кузнецов, Тюмень) значение дополнительной хорды левого желудочка преобладает над значением диаметра левого предсердия, тогда как в группе больных с ишемической болезнью сердца отмечается противоположная ситуация. Проведенное исследование позволило высказать предположение о наличии взаимосвязи так называемой идиопатической формы ФП и дополнительной хордой левого желудочка.

Е.В.Борисова с соавт. (Томск) считают, что корданум 100 является эффективным и удобным препаратом (прием 1 раз в сутки), одновременно действует на три синдрома, которые часто встречаются совместно (артериальная гипертензия, нарушение ритма сердца, коронарная болезнь сердца).

И.И.Ивановым с соавт. (Магнитогорск) в результате лечения выявлено, что частота ФП у больных, получавших соталекс уменьшается на 34%. В 89% случаев пароксизмы ФП заканчиваются спонтанно в среднем через 23 мин. В остальных случаях синусовый ритм восстанавливается с помощью фармакологической кардиоверсии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой антиаритмической эффективности соталекса по сравнению с кордароном и беталоком. Это связано с удачным сочетанием в препарате свойств бета-блокатора и антиаритмика III класса по классификации Вильямса с потенцированием непосредственно антиаритмических свойств с его положительным влиянием на центральную и внутрисердечную гемодинамику у больных с хронической сердечной недостаточностью.

При сравнении долговременной эффективности антиаритмических препаратов I, II и III классов (С.В.Попов с соавт., Томск) наилучшие результаты были получены при лечении больных с пароксизмальной формой ФП препаратами III класса (кордароном), его эффективность составила 78%. Следующими по эффективности оказались препараты I класса (67%). В проспективном наблюдении (0,5-6 лет) кордарон оказался эффективным у 37 больных, что составило 78%. За период наблюдения кордарон был отменен у 11 (22%) больных в связи с неэффективностью, осложнениями и побочными действиями.

В.В.Потапов с соавт. (Омск) предложили диагностический алгоритм, который позволяет определить тактику ведения и лечения пациентов с ФП. На основании клинического и трансторакального доплер-эхокардиографического исследования отбиралась группа больных, которым показано восстановление синусового ритма. Следующим этапом проводилась чреспищеводная эхокардиография, по результатам которой выделялись три группы пациентов: а) больные с наличием тромба в ушке левого предсердия; б)

больные, у которых определяется эффект спонтанного контрастирования в полости левого предсердия, что является одним из важнейших предикторов тромбообразования; в) пациенты без вышеперечисленных проявлений. Лечебная тактика различна в каждой подгруппе. В первой группе - восстановление синусового ритма не проводилось, а назначалось консервативное лечение. Во второй группе начинали с антикоагулянтной и антиагрегантной терапии с последующим срочным электроимпульсным или медикаментозным восстановлением синусового ритма. Пациентам третьей группы нормализация ритма осуществлялась в плановом порядке.

Ю.М.Янкин с соавт. (Новокузнецк) оценили эффективность и безопасность комбинированной терапии ФП. Побочные эффекты чаще наблюдали при старт-терапии кордароном (27,7%), чем новокаином (25,5%) и ритмиленом (18,3%). В результате комбинированной терапии синусовый ритм восстановлен в 67,7% случаев, нормосистолия достигнута еще в 19,3%. Высокой оказалась эффективность сочетанного применения не только мембраностабилизаторов с бета-блокаторами и изопринолом, но и новокаиномидом и ритмилена, а также кордарона. При совместном применении двух последних удавалось добиться удовлетворительного стопроцентного результата. Включение в комбинированную терапию кордарона чаще приводит к нормосистолии, но увеличивает затраты времени на лечение, использование ритмилена может вести к синусовому ритму. Комбинация мембраностабилизаторов действовала в среднем быстрее, чем комбинация с кордароном. Во всех случаях нормосистолия достигалась раньше синусового ритма. Комбинированная антиаритмическая терапия, с одной стороны, превосходит монотерапию по купирующему действию, с другой, ведет к повышению риска развития осложнений в ходе лечения и к увеличению его продолжительности. Использование чреспищеводной эхокардиографии для определения оптимальной тактики лечения больных пароксизмальной мерцательной аритмией позволяет свести к минимуму число тромбоэмболических осложнений (Д.Н.Кинев с соавт., Ленинск-Кузнецкий).

Чреспищеводная электрокардиостимуляция (А.Ю.Рычков с соавт., Тюмень) представляет возможность определить у большинства больных механизм тахикардии с нормальной шириной комплексов QRS, быстро подобрать ААП эффективный при курсовом применении, выявить аритмогенное действие, получить данные о функции СУ и антеградном АВ проведении, сопоставимые с результатами инвазивного электрофизиологического исследования.

В сообщении И.О.Курлова (Томск) обобщены данные по распространению и социальному значению

ФП, которая развивается у 0,3-0,4% взрослой популяции, ее распространенность увеличивается с возрастом, достигая 10-11% в старших возрастных группах. До настоящего времени не проводилось крупных исследований, которые бы ответили на вопрос, как часто ФП сопровождается ИБС, гипертоническую болезнь, ревматическое поражение сердца или другую патологию, а также насколько часто ФП развивается без поражения сердца (идиопатическая ФП).

Более чем в половине случаев эти больные нуждаются в длительном наблюдении и лечении в специализированном кардиологическом учреждении, каким является кардиологический диспансер. Однако, для трети больных с пароксизмальной ФП достаточно медицинской помощи, оказываемой участковым терапевтом. Учитывая достаточно высокий образовательный уровень больных, возможно применение таких методов лечения, как самостоятельное купирование приступов.

Последние несколько лет характеризуются значительным увеличением интереса к проблеме обследования и лечения пациентов с ФП, которая является наиболее частым из всех подтвержденных нарушений ритма сердца. Эта аритмия имеет также первостепенное значение для развития серьезных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, таких как, ишемический инсульт или застойная сердечная недостаточность.

Варианты лечения ФП, основанные на приеме лекарственных препаратов, остаются доминирующими. Тем не менее, ее лечение находится в центре пристального внимания и дополняется новыми нефармакологическими методами. Поэтому не случайно программа настоящей конференции включала в себя вопросы патогенеза и клинической электрофизиологии, различные аспекты эффективности фармакотерапии и катетерной абляции, имплантируемых антиаритмических устройств и хирургии ФП.

Объединение усилий ученых и практиков позволит в более короткие сроки решить насущные проблемы улучшения качества оказания помощи больным с ФП. Важнейшим звеном в развитии соответствующей медицинской техники являются клинические и лабораторные исследования, проводимые врачами и ее разработчиками. Публикация результатов этих исследований, обмен научными мнениями по этой проблеме в рамках прошедшей конференции несомненно послужат дальнейшему совершенствованию методов лечения и распространению передовых медицинских технологий.

Руководитель отделения нарушений ритма сердца НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, доктор мед. наук С.В.Попов