

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НАЦІОНАЛЬНИХ І ЄВРОПЕЙСЬКИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Лаба В.В., доцент

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Частота фібриляції передсердь (ФП) складає в середньому 1-2% і має чітку тенденцію до зростання з віком – від 0,5% у осіб у віці 40-50 років до 5-15% у віці до 80 років і старше. За останні два десятиріччя відносно збільшення захворюваності ФП склало 13%. Розвиток ФП асоціюється із збільшення ризику смерті в 2 рази, інсульту тяжкого перебігу, тромбоемболічних ускладнень, серцевої недостатності, дисфункції лівого шлуночка. При ФП збільшується частота госпіталізації, знижується якість життя і працездатність пацієнтів. Важливо враховувати, що ризик розвитку ускладнень ФП є однаковим при наявності коротких епізодів і при стійкій формі аритмії.

Метою дослідження було вивчення поширеності ФП і її форм серед госпіталізованих хворих, що перебували на власній курації протягом поточного року, ефективності і переносимості фармакологічної антиаритмічної і антитромботичної терапії через призму національних і європейських рекомендацій.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано 153 історії стаціонарних хворих кардіологічного відділення обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення, що перебували на лікуванні в 2012 р. Всім хворим проводилось в комплексі діагностично-лікувальних заходів електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне обстеження, а пацієнтам з ФП і ехокардіографічна діагностика. Остання група пацієнтів склала 30 чоловік. Вони і відібрані для детального вивчення.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед пацієнтів з ФП було 30 (19,6%), з них персистуючою формою – 11 (36,7%) і постійною – 19 (63,3%) від загальної кількості вивчаємої групи. Хворих чоловічої статі було 28 (93,3%), жіночої – 2 (6,7%). За віковим критерієм у віці 40-49рр. було 2 (6,7%), 50-59 рр. і 60-69 рр. – по 11 (36,7%), 70-79 рр. і 80р. і старше – по 3 (10%). Органічним субстратом ФП у всіх випадках був атеросклероз вінцевих артерій і дифузний кардіосклероз різного ступеня проявів. Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) була у 9 (30%), перенесений в анамнезі інфаркт міокарду був у 2 (6,66%), інфаркт головного мозку – у 1 (3,33%), дисліпідемія реєструвалась у 15 (50%) хворих. У 1 пацієнта з персистуючою ФП проводилось анатомічне картування лівого передсердя з радіочастотною абляцією гангліонарних сплетень в ньому. Купірування аритмії при персистуючій формі в 7 (23,3%) випадках здійснювалось струменевим і інфузійним введенням аміодарону (аритмілу) в дозі 300-450 мг, переважно двократно. По 2 випадкам використовувався новокаїнамід 10% 10 мл струменевим введенням і пероральна форма аміодарону (аритмілу) в добовій дозі 600-1000 мг. Відновлення ритму досягалось в терміни від 1 до 10 діб, сповільнення шлуночкових скорочень до 80-100 уд/хв. здійснювалось у всіх хворих протягом 1-2 доби. Пацієнти з постійною формою ФП отримували бета-адреноблокатори, дігосин, діуретики, статини, інгібітори АПФ (сартани) в стандартних дозах. Профілактику тромботичних ускладнень оцінювали за шкалою CHA2DS2-VASc, а прогноз геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED. Оральні антикоагулянти (ОАК) (варфарин, фенілін, синкумар) отримувало 22 (73,3%) пацієнтів, що мали ≥ 2 бали за даною шкалою. Восьми пацієнтам (26,7%), які мали 1 бал, призначалась ацетилсаліцилова кислота (АСК) в дозі 75-325 мг. Реєструвався 1 (3,33%) випадок ускладнень у пацієнта 72 років з персистуючою ФП, що мав 3 бали, у вигляді макрогематурії на 14-у добу приймання варфарину в дозі 2,5 мг на добу. Показники протромботичного індексу відповідали 70 і 80%, міжнародне нормалізаційне відношення (МНВ) пацієнтом не проводилось на амбулаторному етапі. ОАК відмінено і призначено АСК після припинення гематурії.

Висновки.

1. ФП підтвердила в даному дослідженні свою широку поширеність серед госпіталізованих кардіологічних хворих (19,6%).

2. Аміодарон є достатньо ефективним засобом лікування ФП, особливо персистуючої форми і єдиним в Україні, що є показаним при наявності органічного субстрату. 3. Анти тромботична терапія потребує дуже виваженого застосування у хворих за шкалою ≥ 3 бали, з обов'язковим контролем МНВ у пацієнтів, що отримують варфарин. Дана група ризику потребує обережного використання і АСК.