

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:  
д.м.н., Профессор  
Никулина С.Ю

Проверил: к.м.н., Доцент  
Верещагина Т.Д

Реферат

«Диагностика и лечение фибрилляции предсердий»

Выполнил: врач-  
ординатор Кардиолог 1  
года Саак А.С

Красноярск 2021

## Оглавление

Введение .....	2
Этиология фибрилляций предсердий .....	2
Патофизиологические изменения, предшествующие развитию ФП.....	3
Патофизиологические изменения, развивающиеся вследствие ФП.....	3
Эпидемиология.....	4
Классификация ФП .....	4
Диагностика .....	5
Дифференциальная диагностика.....	6
Первоначальная тактика ведения больных с ФП .....	6
Лечение ФП.....	7
Профилактика .....	7
Список литературы .....	9

## Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) – наджелудочковая аритмия, характеризующаяся отсутствием электрической и механической систолы предсердий, сопровождающаяся нерегулярными сокращениями желудочков сердца.

Характерные признаки ФП на ЭКГ:

- ✓ Абсолютно нерегулярные интервалы R-R;
- ✓ Отсутствие отчетливых зубцов P и замещение их волнами фибрилляции (ff) наиболее четко регистрирующихся в отведение V1.

ФП и мерцание предсердий или мерцательная аритмия в русскоязычной литературе являются равнозначными терминами. Ввиду того что мерцание предсердий и атипичное трепетание имеют во многом сходные этиологические факторы, клинические и электрофизиологические проявления, а также нередко трансформируются друг в друга, их объединение единым термином «мерцательная аритмия», как это было предложено в России Г.Ф. Лангом, можно считать вполне обоснованным.

В то же время типичное (истмусзависимое, правопредсердное) ТП электрофизиологически принципиально отличается от ФП и атипичного трепетания, что обязательно должно быть учтено при использовании данных терминов и при выборе лечебной тактики.

Если лечебная тактика при атипичном (истмуснезависимом, левопредсердном) трепетании не отличается от таковой при ФП, то основной лечебной тактикой при типичном ТП является катетерная абляция кава-трикуспидального перешейка (истмуса).

## Этиология фибрилляций предсердий

ФП ассоциируется с различными ССЗ, которые создают субстрат для возникновения и поддержания аритмии. К ним относят как функциональные расстройства, так и структурные заболевания сердца.

Под структурными заболеваниями сердца понимают различные анатомические и патологические состояния приобретенного или врожденного характера, касающиеся миокарда, перикарда, клапанного аппарата и крупных сосудов сердца.

К наиболее значимым ФР развития ФП относят:

- ✓ Возраст;
- ✓ АГ;
- ✓ КПС;
- ✓ ИБС;

- ✓ КМП;
- ✓ ХСН;
- ✓ СД;
- ✓ Избыточную массу тела и ожирение;
- ✓ ХОБЛ;
- ✓ ХБП;
- ✓ Генетическую предрасположенность.

### Патофизиологические изменения, предшествующие развитию ФП

Любые заболевания сердца могут вызвать медленные, но прогрессирующие структурные изменения желудочков и предсердий. В предсердиях этот процесс характеризуется пролиферацией фибробластов, повышенным образованием соединительной ткани и в конечном итоге развитием фиброза. Структурные изменения предсердий вызывают нарушения проведения возбуждения между отдельными мышечными волокнами и их группами, приводят к возникновению их электрической неоднородности и появлению множества небольших очагов циркуляции возбуждения, способствующих возникновению и поддержанию ФП.

### Патофизиологические изменения, развивающиеся вследствие ФП

После начала ФП происходят изменения электрокардиографических свойств, механической функции и ультраструктуры предсердий, каждое из которых характеризуется различным течением во времени и разными патофизиологическими последствиями. В первые несколько дней после развития ФП происходит укорочение эффективного РП предсердий (электрическое ремоделирование предсердий), что способствует сохранению ФП в течение первых дней после ее начала. Основные клеточные механизмы, лежащие в основе укорочения РП предсердий, - подавление входящего тока ионов кальция через каналы L-типа и активация входящих калиевых токов. РП предсердий нормализуется в течение нескольких дней после восстановления СР.

В течение нескольких дней после развития ФП происходит также изменение сократительной функции предсердий. Основными клеточными механизмами сократительной дисфункции считают уменьшение входящего тока ионов кальция, нарушение высвобождения ионов кальция из внутриклеточных депо и нарушение обмена энергии в миофибриллах.

## Эпидемиология

Распространенность ФП в общей популяции составляет 1-2%, и этот показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет. Систематическое мониторирование ЭКГ позволяет выявить ФП у каждого 20-го пациента с острым инсультом, т.е. значительно чаще, чем стандартная ЭКГ в 12 отведениях. ФП может долго оставаться не диагностированной, а многие больные с ФП никогда не госпитализируются в стационар. Соответственно, истинная распространенность ФП в общей популяции, скорее всего, приближается к 2%.

У мужчин ФП развивается чаще, чем у женщин. Риск развития ФП на протяжении жизни составляет около 25% в возрасте после 40 лет.

## Классификация ФП

С учетом течения и длительности аритмии выделяют пять типов ФП:

- ✓ Любой впервые диагностированный эпизод ФП считают **впервые выявленной ФП** независимо от длительности и тяжести симптомов.
- ✓ **Пароксизмальная ФП**, длительность которой может достигать 7 сут, характеризуется самопроизвольным прекращением, обычно в течение первых 48 ч. При пароксизмальной ФП, длящейся более 48 ч, вероятность спонтанного прекращения аритмии низкая, однако существенно возрастает риск системных тромбоэмболий, что требует рассмотрения возможности проведения антитромботической терапии. Под пароксизмальной формой ФП понимают также аритмию, устраненную с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии в первые 7 сут после ее возникновения.
- ✓ **Персистирующая ФП**, в отличие от пароксизмальной, самостоятельно не прекращается, продолжается более 7 сут и для ее устранения необходима медикаментозная или электрическая кардиоверсия.
- ✓ Диагноз **длительной персистирующей ФП** устанавливают, когда ФП продолжается в течение 1 года и более, выбрана стратегия контроля ритма сердца (восстановление СР и его сохранение с использованием ААТ и/или абляции).
- ✓ **Постоянную ФП** диагностируют в тех случаях, когда пациент и врач считают возможным сохранение аритмии или когда предшествующие попытки кардиоверсии или кардиохирургического лечения были безуспешными.

У одного и того же больного с длительным анамнезом ФП на различных этапах «естественного» течения заболевания могут наблюдаться ее различные формы – бессимптомная, пароксизмальная, персистирующая, а также их сочетание.

## Диагностика

Диагностика ФП, а также заболевания, лежащего в ее основе, основана на оценке жалоб, анамнеза, клинических проявлений, данных физикального и лабораторно-инструментального обследований больного.

Наиболее информативны для диагностики ФП жалобы больного и ЭКГ, зарегистрированная во время приступа аритмии.

Характер жалоб во многом зависит от формы ФП. При пароксизмальной форме ФП больные обычно предъявляют жалобы на внезапно возникающие приступы неритмичного сердцебиения, которые могут сопровождаться чувством нехватки воздуха, одышкой, болями в области сердца, головокружением. При персистирующей и постоянной формах ФП жалобы менее яркие, сводятся в основном к чувству сердцебиения, неритмичной работе сердца, одышке.

Тяжесть клинической симптоматики, обусловленной собственно ФП, может быть оценена объективно с помощью шкалы EHRA, оценивающей тяжесть симптомов, связанных с самой ФП и проходящих после ее устранения.

Класс EHRA	Проявления
I	Симптомов нет
II	«Легкие» симптомы: нормальная повседневная активность не нарушена
III	Выраженные симптомы: нормальная повседневная активность затруднена
IV	Инвалидизирующие симптомы: нормальная повседневная активность невозможна

При нерегулярном пульсе следует всегда подозревать ФП, однако для подтверждения диагноза необходимо зарегистрировать ЭКГ. Любую по длительности аритмию, зарегистрированную на ЭКГ, имеющую характерные для ФП признаки, следует расценивать как ФП. При этом если ФП сохраняется более 30 с, ее рассматривают как устойчивый приступ ФП; если она длится менее 30 с – как неустойчивый приступ ФП. ЧСС при ФП можно рассчитать на основании стандартной ЭКГ в 12 отведениях.

У больных с подозрением на ФП в первую очередь следует зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях. Клинические симптомы, такие как сердцебиение и одышка, - основание для мониторинга ЭКГ с целью диагностики ФП или соотнесения симптомов с характером сердечного ритма.

## Дифференциальная диагностика

Некоторые наджелудочковые аритмии, прежде всего ПТ и ТП, а также частая ПЭ могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами R-R и имитировать ФП. У большинства больных с ПТ и ТП циклы превышают 200 мс.

Для дифференциальной диагностики ФП от других сравнительно редких наджелудочковых аритмий с нерегулярными интервалами R-R обычно необходимо зарегистрировать ЭКГ во время аритмии. Любой эпизод предполагаемой ФП следует зафиксировать на ЭКГ в 12 отведениях, длительность и качество которой должны быть достаточными для оценки предсердной активности. Иногда при частом желудочковом ритме блокада АВ-узла на фоне пробы Вальсальвы, массажа каротидного синуса или внутривенного введения аденозина может помочь отличить ФП от ТП и ПТ.

## Первоначальная тактика ведения больных с ФП

Первоначальная тактика ведения больных с ФП зависит от формы аритмии, тяжести клинической симптоматики, обусловленной самой ФП (индекс EHRA) и характера заболевания, лежащего в основе аритмии.

У больных с ФП и признаками острой СН или ишемии миокарда необходимо срочно добиться урежения ритма сердца или выполнить кардиоверсию. У большинства больных с ФП длительностью менее 48 ч возможна кардиоверсия на фоне введения НФГ либо НМГ. Если ФП сохраняется более 48 ч или ее длительность не известна, пред кардиоверсией можно провести ЧПЭ для исключения внутрисердечных тромбов.

У всех больных с ФП необходимо оценить риск инсульта и системных эмболий. Большинство пациентов с острым эпизодом ФП будут нуждаться в антикоагулянтах за исключением случаев, когда риск тромбоэмболических осложнений низкий (отсутствуют ФР инсульта) и нет показаний к кардиоверсии (например, если ФП прекращается в течение 24-48 ч).

У всех больных с ФП необходимо оценить наличие заболеваний, предрасполагающих к развитию аритмии и возникновению ее осложнений. Для этого следует проанализировать ЭКГ в 12 отведениях, обращая внимание на признаки структурного заболевания сердца (например, острый или перенесенный ИМ, ГЛЖ, блокада

ножки пучка Гиса или синдром преждевременного возбуждения желудочков, признаки КМП, ишемии миокарда).

В последующем следует установить причины ФП с использованием всех необходимых методов инструментально-лабораторного обследования.

## Лечение ФП

Цель лечения больных с ФП – уменьшение симптомов, обусловленных аритмией, и профилактика связанных с ФП возможных тяжелых осложнений. Этим целям следует добиваться параллельно, особенно при впервые выявленной ФП, включают антитромботическую терапию, контроль ЧСЖ и адекватное лечение сопутствующих заболеваний сердца. Эти методы лечения способны дать достаточный симптоматический эффект, однако в ряде случаев для уменьшения симптомов могут потребоваться меры по контролю ритма сердца – кардиоверсия, ААТ или абляция.

Выделяют пять основных целей лечения больных с ФП:

- ✓ Профилактика тромбоэмболических осложнений;
- ✓ Облегчение симптомов;
- ✓ Оптимальное лечение сопутствующих ССЗ;
- ✓ Контроль ЧСС;
- ✓ Коррекция нарушения ритма.

Существуют две стратегии ведения больных с ФП:

- ✓ Стратегия восстановления и контроля СР (стратегия контроля ритма);
- ✓ Стратегия контроля ЧСС при сохраняющейся ФП (стратегия контроля ЧСС).

## Профилактика

Специальных мероприятий, позволяющих осуществлять первичную профилактику ФП, не существует.

Основные способы первичной профилактики ФП (предупреждение ее возникновения) – устранение ФР ее возникновения:

- ✓ Коррекция АД;
- ✓ Ишемии миокарда;
- ✓ Поражений клапанов сердца;
- ✓ Лечение СД;
- ✓ Лечение СН.

Вторичная профилактика ФП, помимо влияния на ФР ее возникновения, направлена на предупреждение рецидивов уже возникающих эпизодов аритмии с помощью медикаментозной ААТ либо с помощью катетерной абляции устьев легочных вен.

Важнейшая сторона как первичной, так и вторичной профилактики у больных с ФП – профилактика инсульта и системных тромбоэмболий.

## Список литературы

1. Руководство по кардиологии в 4-х томах. Том 2 Методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Под ред. Е.И. Чазова 2018г-776стр.
2. Функциональная диагностика. Национальное руководство. Под ред. Н.Ф. Берестень, В.А. Сандрикова, С.И. Федоровой 2018г-784
3. Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник Муртазин А.И. 2017г-483стр
4. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие Трухан Д.И., Филимонов С.Н 2018г- 319стр
5. Клинические рекомендации по кардиологии