

Национальное общество профилактической кардиологии
Клуб аритмологов России
Московский областной кардиологический центр
ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 6» г. Москвы

**ЭТО ЧТО ТАКОЕ С СЕРДЦЕМ:
ТО ЗАБЬЕТСЯ, ТО ЗАМРЕТ?**

Памятка для пациентов
с мерцательной аритмией,
(фибрилляцией предсердий)

2016

*«Если мы Вас лечим, то помогаем Вам сейчас.
Если мы Вас учим, то помогаем Вам всегда»*

Всемирная организация здравоохранения

Каждый третий больной на приеме у кардиолога в поликлинике или в кардиологическом стационаре предъявляет жалобы на сердечные аритмии: перебои в сердце или учащенное сердцебиение. Это могут быть одиночные замирания, а могут быть перебои через каждые 2–3 сокращения сердца. Аритмии имеют разную природу и могут значительно отличаться друг от друга. Например, синусовая аритмия, которая встречается у детей и молодых людей, может быть связана с изменением активности вегетативной нервной системы при дыхании и не требует лечения.

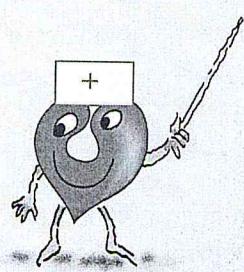
Другое дело — мерцательная аритмия. В настоящее время по международным и российским стандартам мерцательную аритмию (МА) называют фибрилляцией предсердий (ФП). Мерцательная аритмия является самым частым нарушением сердечного ритма, требующим лечения.

От мерцательной аритмии страдает каждый двухсотый житель планеты. Частота этого заболевания существенно зависит от возраста (в 50–60 лет мерцательной аритмии болеют 3,5 %, в 80–90 лет — 9 %) и пола (мужчины болеют в 1,7 раза чаще женщин). Удельный вес мерцательной аритмии — 40 % от всех аритмий. Сердечные аритмии встречаются достаточно часто, как при заболеваниях сердца (ИБС, артериальной гипертонии, поражением клапанов сердца и т.д.) так и при заболеваниях других органов, например, нарушении работы щитовидной железы или снижении гемоглобина — анемии.

Мерцательная аритмия проявляется по разному. В большинстве случаев возникает неравномерное сердцебиение, которое постоянно усиливается. Иногда больные не чувствуют начала аритмии. Во время приступа могут возникать ноющие боли в области сердца, слабость, похолодание рук и ног. Появляются волнение, чувство страха и нарушение сна, нередко дрожь и потливость. Всё это ухудшает качество жизни больного.

От того, как протекает мерцательная аритмия, зависит многое, в том числе и ответ на вопрос: «Надо ли лечить аритмию и как?»

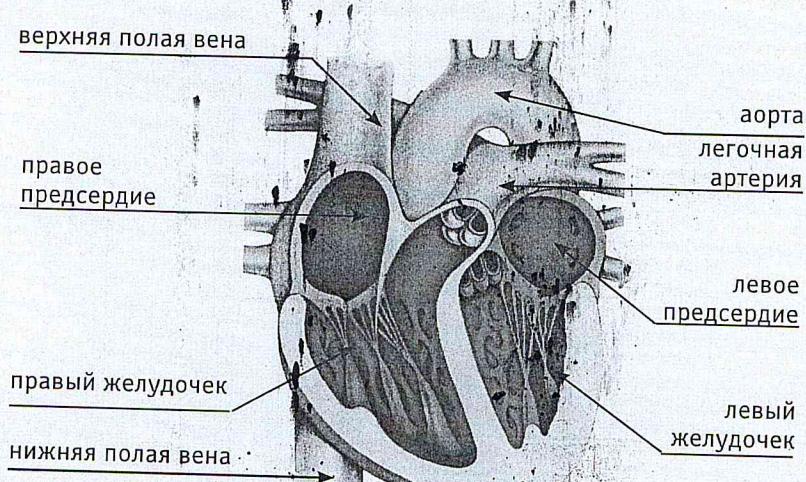
КАК УСТРОЕНО И РАБОТАЕТ НАШЕ СЕРДЦЕ?



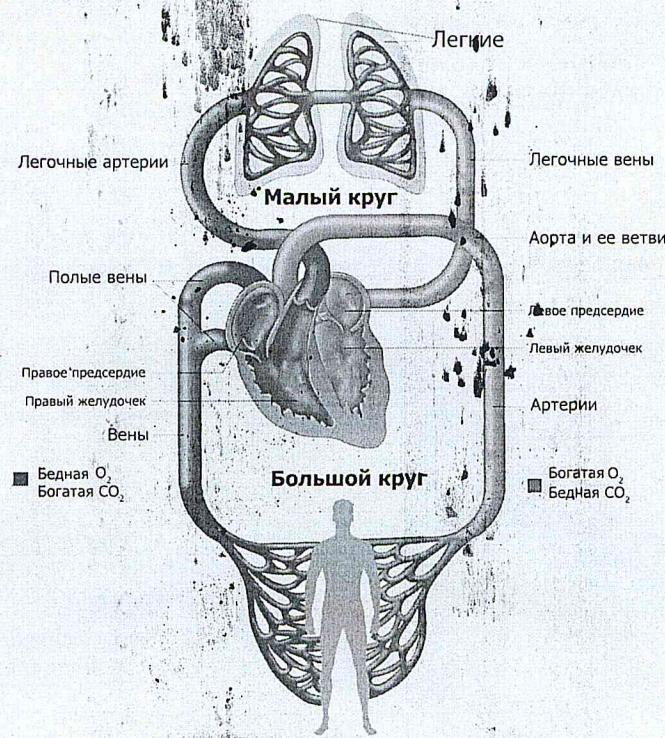
Сердце — это главный орган сердечно-сосудистой системы, выполняющий функцию насоса и обеспечивающий циркуляцию крови в организме. Сердце представляет собой полый мышечный орган, расположенный в середине грудной клетки.

Наше сердце перекачивает по организму кровь, которая доставляет клеткам кислород, питательные вещества и забирает от них углекислый газ и продукты обмена. Оно состоит из четырех камер: двух предсердий, отделенных друг от друга межпредсердной перегородкой, и двух желудочков, между которыми расположена межжелудочковая перегородка.

Кровообращение происходит благодаря чередующимся сокращениям (систоле) и расслаблениям (диастоле) сердца. Во время сокращения сердце выбрасывает кровь. При расслаблении сердце заполняется новой порцией крови.

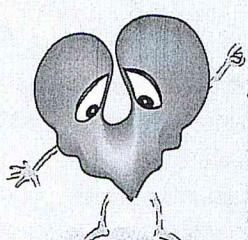


В нашем организме 2 круга кровообращения. В центре находится сердце. Малый круг кровообращения проходит через легкие, где бедная кислородом кровь (ее называют венозной) обогащается кислородом. Для этого правый желудочек прокачивает венозную кровь через сосуды легких. Кровь, обогашенная кислородом, возвращается в левое предсердие. Левый желудочек прокачивает богатую кислородом кровь (ее называют артериальной) по большому кругу через все органы нашего организма и питает их кислородом. Кровь возвращается по венам в правое предсердие и вновь направляется в легкие для насыщения кислородом.



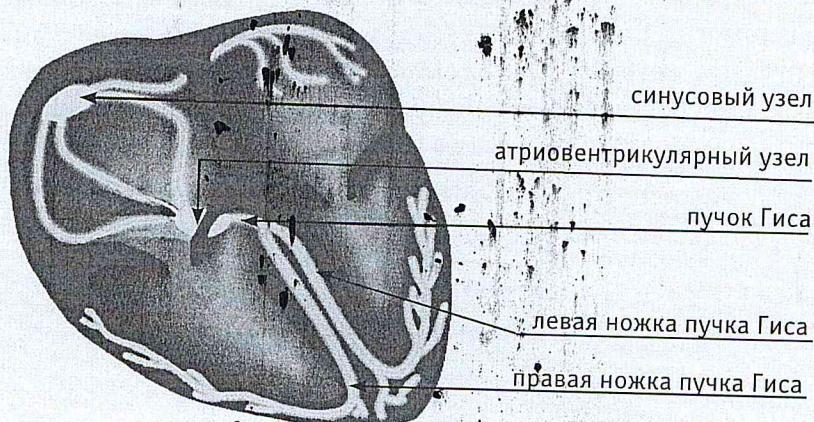
За сутки сердце сокращается около 100000 раз,
перекачивая 6000–7500 л крови.

ПОЧЕМУ СЕРДЦЕ СОКРАЩАЕТСЯ?



Сердце работает в нашем организме под управлением синусового узла, который расположен в стенке правого предсердия и является естественным водителем ритма. Синусовый узел генерирует электрические импульсы возбуждения определенной частотой, которые называют синусовыми импульсами. Эти импульсы по проводящим путям передаются на правое и левое предсердия, которые почти одновременно сокращаются.

Затем сигналы поступают в атриовентрикулярный узел (АВ-узел), который находится на границе предсердий и желудочков. Клетки АВ-узла обладают более медленной скоростью проведения, поэтому сигнал как бы «задерживается», а далее через пучок Гиса и его правую и левую ножки проходит к правому и левому желудочкам сердца, вызывая их сокращение. Таким образом, синусовые импульсы, распространяясь по всему сердцу, обеспечивают его ритмичное и согласованное сокращение.



Нормальный ритм сердца называют синусовым

Центральная нервная система постоянно следит за потребностями организма и при необходимости ускоряет или замедляет работу сердца. При физической нагрузке организму необходимо больше кислорода и питательных веществ, поэтому синусовый узел начинает генерировать импульсы возбуждения с большей частотой и сердце бьется чаще.

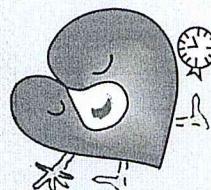
Во время интенсивной физической нагрузки пульс может достигать 130–150 ударов в минуту. Во время сна и отдыха сердце здорового человека сокращается реже — 50–70 раз за 1 минуту.

Если вы вдруг почувствовали неприятные ощущения в груди, неритмичное сердцебиение или перебои, то невольно начинаете прислушиваться к тому, как бьется ваше сердце и, самое простое, — пытаетесь подсчитать пульс.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ПУЛЬСЕ?

Пульсовая волна возникает при выталкивании крови из левого желудочка в аорту и распространяется по артериям. Именно эта волна является пульсом, который мы можем подсчитать на запястье или сонной артерии на шее. При исследовании пульса обращают внимание на следующие его характеристики: частоту и ритмичность.

- *Частота пульса* подсчитывается не менее 30 секунд и умножается на 2, а при неправильном ритме в течение 1 минуты и, как правило, совпадает с частотой сердечных сокращений. Пульс может быть частым (более 90 уд/мин) или редким (менее 60 уд/мин).
- *Ритмичность пульса* оценивают по регулярности пульсовых волн. Они должны следовать через одинаковые промежутки времени. В противном случае возникает нарушение сердечного ритма, и пульс становится аритмичным (неправильным, нерегулярным).



Как измерить пульс?

- Поверните руку ладонью вверх.
- Другой рукой обхватите кисть так, чтобы 2 пальца (указательный, безымянный) лежали на лучевой артерии у основания большого пальца.
- Нашупав лучевую артерию, прижмите ее и вы почувствуете пульсовую волну как удар, толчок, движение или увеличение объема артерии.
- Посчитайте количество ударов в течение 1 минуты (30 секунд и умножьте на 2).
- Таким же образом можно определять пульс на сонной артерии шеи.

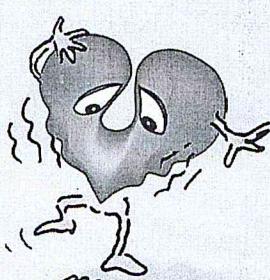


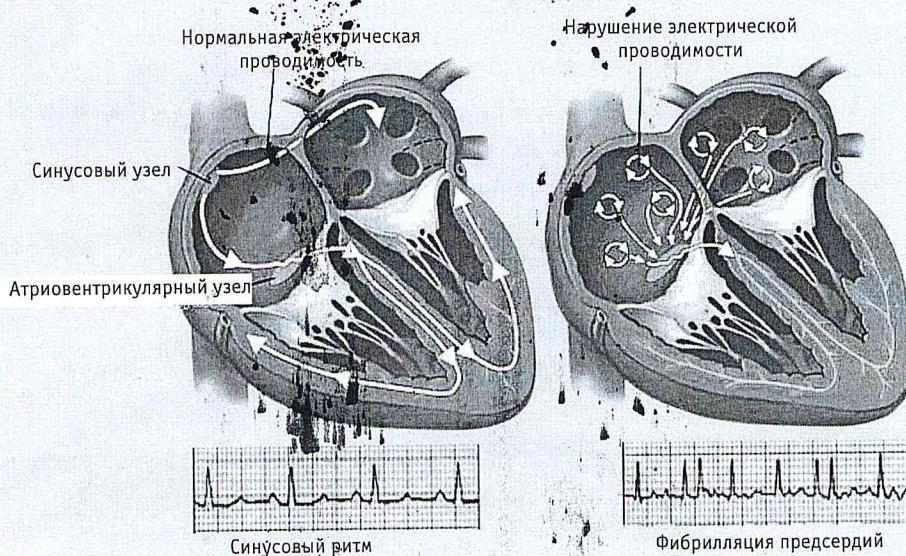
ЧТО ТАКОЕ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ?

Главным признаком мерцательной аритмии является неритмичный, хаотичный, часто ускоренный пульс. При мерцательной аритмии происходят нескоординированные возбуждения и сокращения волокон отдельных участков миокарда предсердий, поэтому предсердия не сокращаются нормально, а мерцают или фибрillируют.

Электрический сигнал поступает к желудочкам неритмично, поэтому желудочки сокращаются также в неправильном ритме, и при измерении

пульса ощущается аритмия. Так как сердце при мерцательной аритмии (ФП) сокращается неритмично и время между двумя сокращениями может быть небольшим, то эти сокращения могут вызывать только один удар пульса. Таким образом, частота сердечных сокращений, которую мы можем определить по ЭКГ, часто больше частоты пульса. Эта разница так и называется — дефицит пульса.





На рисунке слева нормальный ритм сердца, когда электрический сигнал образуется в синусовом узле и ритмично проходит по проводящей системе сердца. Справа, мерцательная аритмия (ФП), когда электрические импульсы образуются в разных местах хаотично.

Мерцательная аритмия (ФП) может протекать бессимптомно и ее выявляют случайно при плановом осмотре во время записи ЭКГ. Она может быть у относительно молодых людей, чаще у мужчин, не имеющих серьезных заболеваний сердца. Поэтому периодически необходимо делать ЭКГ, а иногда и суточное мониторирование ЭКГ, чтобы знать истинную частоту сердечных сокращений.

Чтобы подтвердить мерцательную аритмию (фибрилляцию предсердий), необходима обязательная регистрация ЭКГ

Нормальная ЭКГ, (а)

Зубцы Р отражают нормальное сокращение предсердий

- наличие зубцов Р

Регулярность зубцов R отражает нормальное сокращение желудочков

- одинаковое расстояние между зубцами R

Наличие f-волны говорит о несогласованных сокращениях предсердий

- отсутствие волны фибрилляции (f-волны)

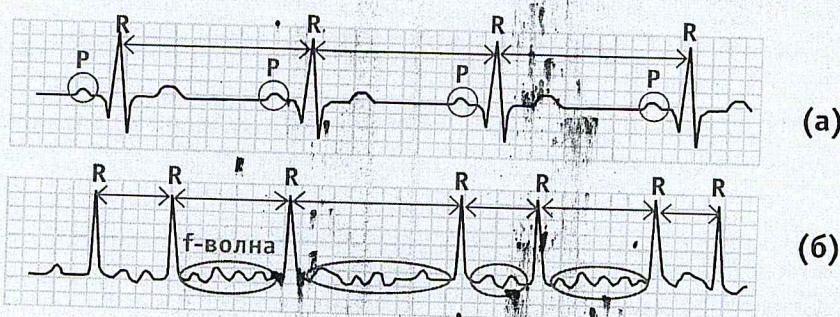
Мерцательная аритмия (б)

- отсутствие зубцов Р

Наличие зубцов R отражает аритмичное сокращение желудочков

- разное расстояние между зубцами R

- наличие волны фибрилляции (f-волны)



При фибрилляции предсердий на ЭКГ вместо зубцов Р, свидетельствующих о нормальных сокращениях предсердий, регистрируются волны фибрилляции (f-волны). Нерегулярность зубцов R отражает аритмичное сокращение желудочков.

Формы мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий)

1. *Впервые выявленная мерцательная аритмия*, когда аритмия зарегистрирована впервые.
2. *Пароксизмальная (приступообразная) мерцательная аритмия*. Возникает приступами, чаще короткими (от минут до нескольких часов).
 - Особенность — быстрое прекращение аритмии в течении часов, реже нескольких дней, без специального лечения. У некоторых людей за всю жизнь может быть только один приступ, у других приступы повторяются несколько раз в сутки.
3. *Персистирующая (сохраняющаяся длительно) мерцательная аритмия*
 - Продолжительность приступов от нескольких суток до недель и даже месяцев
 - Ритм не восстанавливается без лечения специальными антиаритмическими препаратами
4. *Постоянная или хроническая мерцательная аритмия*
 - Продолжительность более 2–3 недель.
 - Сердечный ритм нельзя или нецелесообразно восстанавливать.
 - Постоянная форма может возникать сразу или к ней приводит длительно существующая пароксизмальная фибрилляция предсердий.

Состояние больных с постоянной формой мерцательной аритмии во многом зависит от частоты сокращений сердца.

- Тахисистолическая форма: пульс больше 90 в минуту
- Нормосистолическая форма: пульс в пределах нормы, 60–90 в минуту
- Брадисистолическая форма — пульс реже 60 в минуту

Если частота сокращений сердца близка к норме, то аритмия может остаться незамеченной. Если пульс ниже 40 в минуту, то могут возникнуть обморочные состояния, так как в мозг поступает мало кислорода.

Если возник приступ мерцательной аритмии необходимо помнить 3 основных принципа:

- необходимо удерживать пульс не выше 90 ударов в 1 минуту
- контролировать АД
- как можно быстрее, обратиться к врачу.

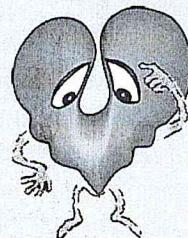
При приступах аритмии, сопровождающихся головокружением, потерей сознания, одышкой, болью в области сердца или за грудиной, необходимо срочно обратиться за медицинской помощью — вызвать «Скорую помощь» (телефонные номера «03», «112»)!

ПРИЧИНЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Причинами мерцательной аритмии могут быть заболевания сердца или несердечные проблемы.

■ Заболевания сердца и других органов и систем

- Ишемическая болезнь сердца
- Гипертоническая болезнь
- Пороки сердца (чаще порок митрального клапана)
- Кардиомиопатии (заболевания сердечной мышцы)
- Хроническая сердечная недостаточность
- Врожденные нарушения проведения электрического импульса в сердце, так называемый синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- Синдром слабости синусового узла
- Наследственная предрасположенность
- Заболевания щитовидной железы (чаще гипertiреоз), некоторые гормональные расстройства
- Сахарный диабет, особенно в сочетании с ожирением и повышенным артериальным давлением
- Поражение сердца при злоупотреблении алкоголем



Для уменьшения риска развития мерцательной аритмии необходимо лечение заболеваний, влияющих на развитие аритмии. Показан строгий контроль артериального давления (не выше чем 140/90 мм. рт. ст.), лечение ишемической болезни сердца (ИБС), снижение уровня холестерина.

Если Вам поставлен диагноз ИБС, требуется постоянный прием статинов (розувастатин, аторвастатин, симвастатин) с поддержанием уровня общего холестерина < 4,0 ммоль/л и липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л. При нарушениях функции щитовидной железы необходимы УЗИ щитовидной железы, контроль профиля гормонов щитовидной железы, наблюдение и лечение у эндокринолога

■ Неизвестные причины

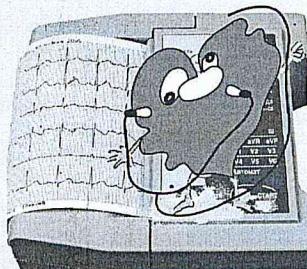
В 20% случаев фибрилляция предсердий бывает беспричинной (идиопатической), если после приступа обследования не выявлено никаких заболеваний, которые могли бы вызвать аритмию. Иногда аритмия развивается после хирургических вмешательств, инсульта, различных стрессовых ситуаций.

ДИАГНОСТИКА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Для больных с фибрилляцией предсердий существует основные и дополнительные диагностические методы исследования.

■ Основные диагностические методы исследования

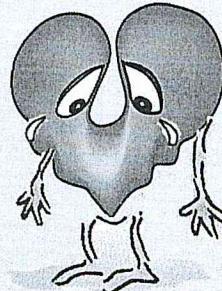
- Электрокардиография
- Эхокардиография
- Суточное или многодневное мониторирование ЭКГ
- Ультразвуковое исследование щитовидной железы
- Анализ гормонов щитовидной железы
- Клинический анализ крови



- Биохимический анализ крови, в т.ч. определение уровня электролитов (калия и натрия)
- Липидный профиль
- Анализ крови на международное нормализованное отношение (МНО) для пациентов, принимающих варфарин
- Дополнительные методы исследования
 - Чреспищеводная эхокардиография
 - Тест с физической нагрузкой
 - Чреспищеводное электрофизиологическое исследование
 - Внутрисердечное электрофизиологическое исследование

ОСЛОЖНЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

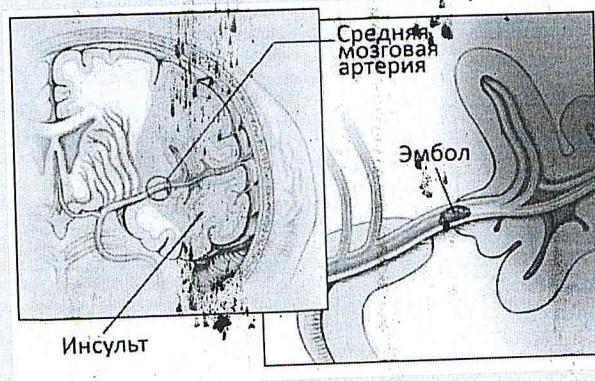
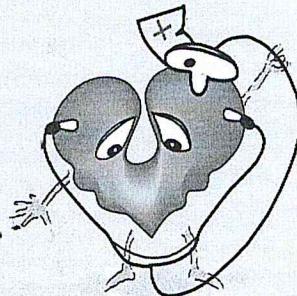
- Ухудшение качества жизни.
- Острое нарушение мозгового кровообращения (эмболический инсульт). Из-за неритмичной работы сердца нарушается текучесть крови, в результате в сердце, обычно в левом предсердии, может образоваться тромб. Частички тромба могут оторваться и с током крови попасть в сосуды головного мозга и вызвать эмболический, т.е. вызванный тромбом, инсульт.
- Развитие хронической сердечной недостаточности у больных с пульсом выше 100 в минуту, чаще при постоянной форме.
- Ухудшение течения основных или сопутствующих заболеваний, например, ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и др.



ЛЕЧЕНИЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

При ФП нормальное сокращение предсердий отсутствует, и кровь перемещается из предсердий в желудочки только по разнице давления, что приводит к нарушению нормальной работы сердца. Кровь может застаиваться в предсердиях, и это будет приводить к развитию угрожающих жизни осложнений: образованию тромбов в сердце и развитию сердечной недостаточности, которые, в свою очередь, повышают риск возникновения эмболического инсульта. Другое название инсульта — острое нарушение мозгового кровообращения или инфаркт головного мозга. Эмболический инсульт развивается в том случае, если тромб отрывается от стенки сердца и с потоком крови попадает в сосуды головного мозга, вызывая гибель участка мозга.



На рисунке тромб (эмбол) в артерии, питающей головной мозг. Риск развития эмболического инсульта оценивается по специальной таблице CHA₂DS₂ VASc (первые буквы английских названий факторов риска).

Таблица CHA₂DS₂ VASc

	Факторы риска	Баллы
C	Хроническая сердечная недостаточность	1
H	Артериальная гипертензия	1
A ₂	Возраст > 75 лет	2
D	Сахарный диабет	1
S ₂	Ранее перенесенный инсульт, или транзиторная ишемическая атака, или тромбоэмболия.	2
V	Сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, атеросклероз артерий)	1
A	Возраст 65—74 года	1
Sc	Женский пол*	1

* Женский пол является дополнительным и учитывается только если есть другие факторы риска

Анализ данных таблицы приводит к выводу, что только пациенты моложе 65 лет, не имеющие указанных в таблице факторов риска, не нуждаются в плановом приеме препаратов, препятствующих образованию тромбов.

Наличие у пациента хотя бы 1 балла по таблице CHA₂DS₂ VASc уже говорит о повышенном риске образования тромбов и требует назначения антикоагулянтов (препаратов, «препятствующих свертыванию крови»). К ним относятся традиционно применяемый препарат варфарин® и «новые» оральные антикоагулянты (оральные — значит принимаемые через рот): дабигатран этексилат (прадакса®), ривароксабан (ксарелто®) и апиксабан (эликвис®). Они назначаются только лечащим врачом планово на неопределенное долгое время как при постоянной ФП, так и при приступах. Все вышеназванные антикоагулянты аналогичны по эффективности, однако сильно отличаются по удобству применения. Рассмотрим особенности лечения разными антикоагулянтами.

Новые оральные антикоагулянты

Главное достоинство новых оральных антикоагулянтов (прадаксы, ксарелты и эликвиса) – это удобство применения.

Новые оральные антикоагулянты назначаются в стандартной дозе 1-2 раза в день и не требуют лабораторного контроля, т.е. анализов на свертываемость крови.

На действие этих препаратов не влияет состав еды и прием большинства других лекарственных препаратов. При отмене препаратов, они прекращают свое действие в течении 5 дней. Недостаток препаратов - относительно высокая стоимость.

Новые оральные антикоагулянты нельзя применять при пороках сердца, протезировании клапанов и тяжелой почечной недостаточности!

Новые оральные антикоагулянты	
Дабигатрана этаксилат (Прадакса), прямой ингибитор тромбина	<ul style="list-style-type: none">• 150 мг 2 раза• 110 мг 2 раза при почечной недостаточности, возрасте > 75 лет, высоком риске кровотечения
Ривароксабан (Ксарелто), селективный ингибитор Xa фактора	<ul style="list-style-type: none">• 20 мг 1 раз во время завтрака• 15 мг 1 раз при почечной недостаточности, высоком риске кровотечения
Апиксабан (Эликвис), селективный ингибитор Xa фактора	<ul style="list-style-type: none">• 5 мг 2 раза

Варфарин

Варфарин значительно дешевле, чем новые оральные антикоагулянты. Препарат эффективен и используется уже несколько десятилетий. Главным недостатком является сложность в подборе дозы препарата и дальнейший контроль его действия. Для каждого пациента требуется своя индивидуальная доза, определяемая по специальному лабораторному тесту.

торному показателю свертываемости крови который называется МНО — международное нормализованное отношение. Исходный показатель МНО=1,0, но для получения необходимого антикоагулянтного эффекта необходимо увеличение этого показателя до 2,0–3,0. Для выполнения анализа обычно берут кровь из вены, что конечно неудобно. Для более точного результата лучше сдавать анализ в одной лаборатории. Существует и домашний автоматический портативный прибор для определения МНО — Коагучек Экс Эс (CoaguChek XS®) (производится в Германии), для анализа достаточно крови из пальца.

При приеме варфарина требуется строгая дисциплина в еде и приеме лекарств, т. к. на эффективность препарата влияют продукты питания, в частности зеленый чай, салаты, печень, капуста и многие медикаменты. Препарат действует в течении 5 суток, поэтому при подборе или изменении дозы препарата требуется контроль МНО каждые 5 дней. При необходимости прекращения действия препарата, например перед хирургической операцией, варфарин отменяется также за 5 дней.

Целевой уровень МНО составляет от 2,0 до 3,0. Если он достигнут, то контроль МНО достаточно проводить 1 раз в 1–1,5 месяца. При повышении МНО более 4,0–5,0 повышается риск кровотечения. При понижении МНО до 1,0–1,5 — повышается риск тромбоэмболии.

Как принимать варфарин при различных показателях МНО	
МНО	Что делать?
2,0-3,0	Продолжить прием варфарина в прежней дозе, контроль МНО через 1-1,5 мес.
1,8-1,9 или 3,1-4,0	Анализ переделать
4,0-5,0	Дозу варфарина уменьшить после консультации с врачом
более 5,0	Сделать перерыв в приеме варфарина (обычно 1-2 дня) и срочно связаться с врачом

Крайне опасно принимать антикоагулянтные препараты (НОАК, варфарин) вместе с обезболивающими препаратами типа ибупрофена, диклофенака, нимесулида (препарат МИГ 400, вольтарен, наиз, кеторол) и т.д.

Эта группа препаратов называется НПВС — нестериоидные противовоспалительные средства. Совместный прием с антикоагулянтами в течении всего 1 недели резко повышает риск кровотечений. Если врач назначает обезболивающее средство, то обязательно уточните, можно ли его принимать совместно с антикоагулянтными препаратами. Если болят суставы лучше использовать местные средства — мази и компрессы или внутрисуставные инъекции. Наиболее безопасным обезболивающим средством в этой ситуации является парацетамол.

Аспирин

Аспирин (ТромбоАСС, Кардиомагнил, Аспирин кардио и т.д.) не предотвращает тромбообразования и эмболического инсульта при ФП, поэтому его прием при фибрillationе предсердий неэффективен.

Аспирин + клопидогрель

В отдельных случаях, когда применение антикоагулянтов невозможно, используется совместное применение аспирина и клопидогреля. Однако, эта комбинация менее эффективна и более опасна, чем прием антикоагулянтов.

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ ПУЛЬСА

При мерцательной аритмии (ФП), обычно необходим прием препаратов, урежающих частоту сердечных сокращений, т. к. частота сердечных сокращений часто повышенена (более 100 в 1 мин). Частота сердечных сокращений определяется по пульсу. При отсутствии аритмии частота сердечных сокращений и пульс равны.

Как мы разбирали выше, при мерцательной аритмии пульс обычно несколько меньше частоты сердечных сокращений, т. к. не все удары сердца эффективны и проводятся на сосуды, где мы измеряем пульс. Разница между частотой сердечных сокращений и пульсом при мерцательной аритмии называется дефицитом пульса. Рекомендовано поддерживать пульс на уровне не более 90 в 1 мин.

Как контролировать частоту пульса при мерцательной аритмии?

- Для урежения пульса назначаются препараты группы бета-адреноблокаторов (метопролол, бисопролол и т.д.). Конкретный препарат назначается только лечащим врачом! В некоторых случаях, если бета-адреноблокаторы противопоказаны, для урежения пульса применяются препараты верапамил или дигоксин.
- С учетом дефицита пульса, необходимо периодически при посещении врача регистрировать ЭКГ для уточнения частоты сердечных сокращений, которая не должна превышать 110 в 1 минуту.
- Дополнительно необходим контроль артериального давления, т. к. препараты могут снижать артериальное давление, которое должно быть не ниже чем 110/60 мм рт. ст.
- В особых случаях, для оптимального контроля частоты сердечных сокращений и артериального давления, лечащий врач назначает дополнительные исследования: *Холтер мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование артериального давления*.

ПРЕРЫВАНИЕ ПРИСТУПА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- Для прерывания приступа (пароксизма) мерцательной аритмии (ФП) и восстановления нормального, правильного, так называемого синусового ритма, необходимо обратиться к врачу.
- Если пациент не принимает антикоагулантные препараты, то прерывание приступа мерцательной аритмии без предварительной подготовки возможно только в течение первых 48 часов от момента возникновения аритмии. Это ограничение связано с высоким риском возникновения тромбов в сердце по истечении 2-х суток. Если аритмия длится более 2-х суток необходимо специальное лечение для растворения внутрипредсердного тромба.
- Для решения вопроса о восстановлении сердечного ритма в сложных случаях лечащий врач может дополнительно назначить ЭКГ, ЭХО КГ, Холтер ЭКГ.

Методы прерывания приступа мерцательной аритмии

- При плановом приеме антикоагулянтов прерывать притуп МА можно в любое время, независимо от длительности приступа.
- Если пациент не принимает антикоагулянты. Обычно, назначается варфарин. Для прерывания аритмий необходимо поддержание МНО на уровне 2,0–3,0 в течении 3-х недель до прерывания ФП и 4 недели после восстановления ритма сердца. Кроме варфарина в этой ситуации эффективно и назначение новых антикоагулянтов дабигатрана этексилата (традаксы®), ривароксабана (ксарелты®) и апиксабана (эликवи®). Обязательные сроки лечения те же: 3 недели до восстановления ритма и 4 недели после. Контрольные анализы при приеме этих препаратов не нужны.
- Электрическая кардиоверсия (электродимпульсная терапия) — это метод прерывания аритмии, при котором используется специальный прибор дефибриллятор/кардиовертер, с помощью которого пациенту дается электрический разряд строго дозированной величины в строго определенную фазу сердечного сокращения (синхронизированный разряд). Электрический разряд подается через пластины прибора прижатые к грудной клетке. Надремя процедуры пациенту дается легкий наркоз с помощью короткодействующих внутривенных снотворных средств (медикаментозный сон). Вероятность восстановления правильного, синусового ритма составляет 90–92 %.
- Медикаментозная кардиоверсия — прерывание мерцательной аритмии с помощью лекарственных препаратов. Наиболее часто для прерывания ФП используют амиодарон (Кордарон®) капельно и пропафенон (Пропанорм®): инъекционное введение или внутрь таблетированная форма. Часто используемый в России новокаинамид в других странах для прерывания мерцательной аритмии практически не используется, т. к. эффективен только в первые часы приступа ФП, может вводиться только внутривенно и его введение иногда сопровождается резким снижением АД.
- Прерывание приступа ФП в домашних условиях. Для прерывания приступа ФП возможно самостоятельное использование антиаритмич-

ческого препарата, если он рекомендован лечащим врачом. Этот метод так и называется — «таблетка в кармане», т. к. пациент самостоятельно может купировать приступ аритмии.

Купирование приступа мерцательной аритмии в домашних условиях «ТАБЛЕТКА В КАРМАНЕ»

В России, единственным рекомендованным препаратом является пропафенон (Пропанорм[®])

- Пациент должен иметь письменные рекомендации от врача по схеме приема препарата и контролю безопасности.
- Первый прием препарата должен осуществляться под строгим контролем ЭКГ и в присутствии лечащего врача.
- Препарат назначается однократно в дозе 450–600 мг (3–4 таблетки по 150 мг).

Обычно, приступ аритмии прекращается в течении 3–6 часов. Все это время необходимо соблюдать постельный режим, т. к. препарат иногда может вызывать снижение артериального давления. При снижении артериального давления необходимо лежать с приподнятыми (положить на подушку) ногами. Если после приема пропанорма правильный ритм не восстановился в течение 5–6 часов, то необходимо обратиться к врачу. Эффективность препарата составляет 75–80 %.

Таким образом, большинство пациентов, страдающих от мерцательной аритмии, могут справиться с приступами аритмии самостоятельно без вызова скорой помощи.

СОХРАНЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА

Для сохранения правильного (синусового) ритма требуется постоянный прием антиаритмических препаратов. Кроме того, проводится лечение причин аритмии, например ИБС, артериальной гипертонии, заболевания щитовидной железы и т. д. Для этого назначаются следующие препараты.

Антиаритмические препараты

Для сохранения синусового ритма обычно применяются пропафенон (пропанорм®), сotalол (соталекс®, сотагексал®), этализин®, аллапенин®. Амиодарон (Кордарон®) является препаратом резерва, так как при длительном применении может вызывать большое количество осложнений. Антиаритмические препараты являются основным методом профилактической терапии мерцательной аритмии, но надо учитывать, что она должна назначаться и приниматься под контролем врача.

Бета-адреноблоکаторы

Бета-адреноблоқаторы также могут удерживать правильный сердечный ритм, но они не очень эффективны для предотвращения повторных приступов мерцательной аритмии. Бета-адреноблоқаторы помогают сердцу работать в более экономном режиме, снижают потребность мышцы сердца в кислороде. Обычно назначаются: метопролол сукцинат (Беталок ЗОК®, Эгилок С®) или бисопролол (Конкор®, Бисогамма®, Бипрол® и др.).

Необходимым условием эффективности бета-адреноблоқаторов является урежение пульса не менее чем на 20 % от исходного (например если пульс до лечения был 100 в 1 мин. то на фоне лечения бета-адреноблоқаторами должен быть не выше 80 в 1 мин.). Оптимальный пульс в покое (лежа после пробуждения при приеме бета-адреноблоқаторов 55–60 в 1 мин., днем во время обычной активности 60–65 в 1 мин. при правильном синусовом ритме и 70–80 в 1 минуту при мерцательной аритмии. Если пульс при приеме бета-адреноблоқаторов заметно не уменьшился, то они не оказывают должного лечебного эффекта.

Бета-адреноблоқаторы обладают синдромом отмены и при резком одновременном прекращении их приема могут произойти серьезные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (резкое повышение АД, возникновение аритмии, обострение течения сердечных заболеваний), поэтому прекращать их прием необходимо постепенно. При отмене этих препаратов, обязательно, получите у врача рекомендаций, как это правильно сделать.

ЕСЛИ РЕШЕНО НЕ ПРЕРЫВАТЬ МЕРЦАТЕЛЬНУЮ АРИТМИЮ

Если решено не прерывать мерцательную аритмию (высокий риск повторных аритмий или не удалось прервать аритмию), обычно необходим прием препаратов удерживающих нормальную частоту пульса 60–90 ударов в 1 минуту.

Для урежения пульса применяются:

- бета-адреноблокаторы: метопролол сукцинат (Беталок ЗОК®, Эгилок С®) или бисопролол (Конкор®)
- по специальным показаниям пульсурежающие антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) и/или дигоксин.

МЕТОДЫ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Мерцательная аритмия — это заболевание, которое необходимо контролировать. Вы можете оказать помощь лечащему врачу, если предоставите сведения о течении заболевания в виде Дневника самоконтроля. Пульс и артериальное давление (АД) необходимо измерять каждый день.

Эта информация может быть полезна врачу для назначения лекарственных препаратов и своевременной коррекции их доз.

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ (ежедневно)						
Дата	Самочувствие	Пульс	АД	Препарат доза	МНО до ана- лиза (для варфа- рина)	МНО пос- ле анализа (для варфа- рина)

- При лечении мерцательной аритмии нет понятия курсового лечения. Назначенные антитромботические и антиаритмические препараты необходимо принимать ежедневно.

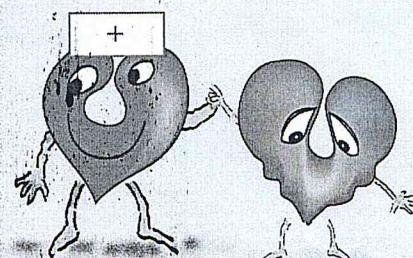
- Дозы назначенных препаратов не могут быть изменены без контроля врача.
- Назначенные препараты не могут быть отменены самостоятельно.

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ (во время приступа)

Дата, время	
Частота пульса и цифры артериального давления	
Что предшествовало приступу (стресс, алкоголь, физическая нагрузка, повышение АД прекращение лечения и т. д.)	
Жалобы при приступе (сердцебиение, одышка, слабость)	
Длительность приступа	
Какие лекарственные препараты, в какой дозе и когда вы приняли для купирования аритмии	
Самочувствие после восстановления ритма	

Образование больных, страдающих мерцательной аритмией, является важнейшей составляющей успешного лечения этого заболевания. Только совместные усилия лечащего врача и пациента позволят контролировать течение мерцательной аритмии, избежать осложнений и эффективно купировать приступы.

Правильное лечение и строгое выполнение врачебных рекомендаций позволят Вам прожить не только долгую, но и полноценную, активную жизнь!



Урология – область клинической медицины, изучающая заболевания органов мочевыделительной системы у мужчин и женщин и заболевания половой сферы у мужчин. История заболеваний мочевой системы и их изучения исчисляется столетиями и интерес к ним не ослабевает. К наиболее распространённым «урологическим» заболеваниям относятся мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей (острый пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит), аденома простаты, онкологические заболевания мочеполовой системы. Сегодня хочется остановиться на проблеме «мужского здоровья». Основными заболеваниями мужской половой сферы, которые составляют предмет изучения на протяжении нескольких веков, в настоящее время и те, что не утратят актуальности и в ближайшем будущем, можно назвать простатит, аденому простаты и рак предстательной железы. Предстательная железа впервые описана еще в исследованиях Герофила в 350 году до н.э. В 1815 году в литературе появилось первое описание воспаления предстательной железы.

Предстательная железа относится к мужским половым органам, представляет собой орган, лежащий под мочевым пузырем, окружая его шейку и начальную часть мочеиспускательного канала. Предстательная железа особый орган, появляющаяся только на высшей ступени эволюции, у млекопитающих. Для чего нужна простата? Наиболее изученные и важные функции: барьерная – простата «стоит» на пути проникновения микроорганизмов из нижних мочевых путей в верхние и секретроная – предстательная железа вырабатывает особый сложный многокомпонентный секрет, который является составной частью эякулята, то есть «разбавляет» сперму при семязвержении и способствует поддержанию жизнеспособности сперматозоидов, готовых к оплодотворению яйцеклетки. Отсюда видно, какие симптомы и жалобы могут появиться при том или ином патологическом процессе в простате: нарушение мочеиспускания (в частности, при увеличении простаты и сдавливании мочеиспускательного канала, который она окружает как муфта), ухудшение половой и репродуктивной функции (способности к зачатию).

Простатит – наиболее распространенное заболевание мочеполовых органов у мужчин. По различным данным им страдают от 30 до 58% мужчин. Наиболее уязвимый возраст 18-40 лет, возраст активный в сексуальном и трудовом отношении. Воспаление предстательной железы может протекать в острой и хронической форме. Причины воспаления могут быть инфекционные (бактерии, вирусы, грибки, простейшие) и неинфекционные. Инфекционный агент в большинстве случаев попадает в простату

восходящим путём, то есть через мочеиспускательный канал и, преимущественно, во время незащищённого полового контакта. Наряду с этим путём возможны пути проникновения инфекции через кровь и лимфу (при наличии в организме очагов воспаления – тонзиллиты, гнойничковые поражения кожи, хронический геморрой и заболевания прямой кишки), при наличии цистита или пиелонефрита простата может инфицироваться вторично. Хорошо известны предрасполагающие факторы: преохлаждение, тупая травма, длительное воздействие вибрации, застой в малом тазу (при малоподвижном образе жизни, длительной статической нагрузке на работе – длительном сидении или стоянии, при запорах), при нерегулярной половой жизни (нежелательны как длительные задержания, так и половые излишества), использовании прерванного полового акта как метода контрацепции (что вызывает застой секрета в железе), стрессы (снижают иммунитет и общую резистентность организма).

Как распознать начинающееся воспаление в простате? Простатит проявляется множеством симптомов. Следует обратить внимание прежде всего на следующее: 1) болевой синдром – боли или дискомфорт локализуются внизу живота, в промежности, в паху, по внутренним поверхностям бёдер, в заднем проходе, наружных половых органах; 2) нарушение мочеиспускания – болезненное мочеиспускание, частые позывы к мочеиспусканию, прерывистое мочеиспускание, ослабление напора струи мочи; 3) общие симптомы – слабость, утомляемость, раздражительность, нарушения сна, снижение настроения и работоспособности; 4) незначительное повышение температуры тела (37,0-37,5) или высокая лихорадка (при остром простатите и абсцессе предстательной железы, её гнойном расплавлении). 5) возможны выделения из мочеиспускательного канала слизистого или гноиного характера, преимущественно перед утренним мочеиспусканием.

Симптомы простатита могут быть схожи с симптомами аденомы простаты (доброкачественной гиперплазии простаты), а также эти два совершенно разных заболевания могут сочетаться друг с другом. Аденома простаты – доброкачественный процесс, увеличение объёма простаты с образованием в ней узлов, что нарушает проходимость мочи по уретре и, в отсутствие своевременного лечения, может привести к острой задержке мочи и хирургическому вмешательству. Аденома простаты чаще встречается у лиц старше 40-50 лет, развивается медленно, иногда малосимптомно, исподволь, мужчина может привыкнуть к постепенно нарастающим нарушениям

мочеиспускания, смиряется с ними, считая их неприемлемым атрибутом возраста, и поздно обращаются к урологу.

Простатит и аденому следует отличать от другого, грозного, заболевания - рака простаты. В общемировой структуре онкологической заболеваемости рак простаты занимает шестое место, а среди мужчин – третье. Риск заболеть до 40 лет составляет примерно 1:10000, в то время как на протяжении всей жизни каждому шестому мужчине будет поставлен диагноз рака простаты. Существенное увеличение риска заболевания наблюдается лишь после 60 лет. Средний возраст больных раком простаты составляет 72-74 года.

Лечение при простатите длительное (может исчисляться месяцами, а при хронизации - годами), требует приверженности к лечению от пациента, его терпения и настроенности на положительный исход. При назначении лечения требуется сугубо индивидуальный подход к каждому пациенту. При обнаружении у себя описанных симптомов следует незамедлительно обратиться к врачу урологу. А также всем мужчинам после сорока лет в обязательном порядке ежегодно необходимо проходить осмотр в мужском смотровом кабинете (внешний осмотр, пальцевое ректальное исследование простаты) или у врача уролога (при наличии жалоб) и исследовать кровь на уровень простат специфического антигена (ПСА), повышение которого может свидетельствовать о воспалительном или опухолевом процессе.

Меры профилактики простатита сводятся к профилактике проникновения инфекции в простату (то есть использование презерватива, исключение случайных незащищённых половых актов), лечение и санация очагов хронической инфекций в организме (гнойничковые заболевания кожи, тонзиллиты и т.п.) и устранению предрасполагающих факторов (лечебная физкультура, предотвращение переохлаждений, стрессов, нормализация ритма половой жизни, устранение запоров, исключение гиподинамии, в период обострения – соблюдение диеты – исключение острых блюд, пряностей, продуктов, богатых щавелевой кислотой, крепких наваристых мясных, рыбных и грибных бульонов, бобовых, капусты и цельного молока, отказ от алкоголя, и напротив, включение в рацион отварного мяса, свежих овощей, ягод, фруктов, кисломолочных продуктов).

Но, зачастую, не все зависит от усилий одного конкретного человека. Есть факторы на которые повлиять гораздо сложнее. Это ухудшение экологической ситуации (в частности, повышение в среде диоксинов, хлорсодержащих химических веществ, – ядов для клеток формирующейся репродуктивной системы плода), вредные привычки родителей (курение,

употребление алкоголя и т.п.), генетические и наследственные факторы, что в совокупности приводит к рождению ребёнка с уже имеющейся патологией мочеполовой системы. И как показывают наблюдения, частота их растёт с каждым годом.

Точно установить диагноз и, следовательно, назначить правильное и своевременное лечение может лишь врач уролог. IGNOTI NULLA CURATIO MORBI - нельзя лечить нераспознанную болезнь, как писал Цельс. Важно не заниматься самолечением, бесконтрольным применением антибиотиков, особенно на начальных этапах. Своевременное обращение к врачу – залог успешности лечения, ранняя постановка диагноза сокращает сроки лечения, препятствует хронизации процесса и улучшает прогноз.

Расписание работы мужского смотрового кабинета в ГУЗ Барышская РБ:

Понедельник, среда – с 08⁰⁰ до 11⁰⁰

Вторник, четверг, пятница – с 08⁰⁰ до 15⁴²

Расписание приёма врача-уролога поликлиники ГУЗ Барышская РБ:

Понедельник, среда – с 11⁰⁰ до 15⁴²

Подготовил: Заирова Наталия Сергеевна

Инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда известен как грозное заболевание, уносящее человеческие жизни. Недаром о человеке, расстроившем своими словами или поступками, говорят «до инфаркта доведет». Эта поговорка отражает одну из особенностей инфаркта — его развитие могут спровоцировать сильные эмоциональные переживания и стресс. Физическое перенапряжение — тоже в числе «превокаторов».

Что это такое?

Каждый второй мужчина и каждая третья женщина встречаются с ишемической болезнью сердца и с ее тяжелейшим проявлением — инфарктом миокарда. Что мы о нем знаем? Инфаркт миокарда — это острая форма ишемической болезни сердца. Он возникает, когда прекращается доставка крови к какому-либо отделу сердечной мышцы. Если кровоснабжение нарушается на 15-20 минут и более, «голодающий» участок сердца умирает. Этот участок гибели (некроза) сердечных клеток называют инфарктом миокарда. Приток крови к соответствующему отделу сердечной мышцы нарушается, если атеросклеротическая бляшка, находящаяся в просвете одного из сосудов сердца, под действием нагрузки разрушается, и на месте повреждения образуется кровянной сгусток (тромб). Человек при этом ощущает нестерпимую боль за грудиной, которая не снимается приемом даже нескольких таблеток нитроглицерина подряд. О том, насколько опасен инфаркт миокарда, красноречиво свидетельствуют данные статистики. Из всех больных острым инфарктом миокарда до прибытия в больницу доживает лишь половина, причем этот процент практически одинаков для стран с разным уровнем скорой медицинской помощи. Из попавших в больницу еще треть умирает до выписки из-за развития смертельных осложнений. А после инфаркта на его месте на всю жизнь остается рубец — своеобразный шрам на сердечной мышце. Последнее время инфаркт миокарда стремительно «молодеет». Ныне не редкость, когда он поражает людей, едва перешагнувших тридцатилетний порог. Правда, у женщин моложе 50 лет инфаркт — большая редкость. До этого рубежа их сосуды защищены от атеросклероза эстрогенами и другими половыми гормонами. Но с наступлением климакса женщины, наоборот, заболевают чаще мужчин.

Отчего это бывает?

Главная причина болезни — атеросклероз, который есть почти у каждого из нас. Кроме этого, назовем обстоятельства жизни (и зависящие от нас, и нет), при которых вероятность заболеть наиболее высока:

мужской пол;

для женщин опасный возраст наступает после 50 лет;

наследственность (ИБС, инфаркт, мозговой инсульт, хотя бы у одного из прямых родственников: родителей, бабушки, дедушки, брата, сестры, особенно если болезнь у них началась до 55 лет);

повышенное содержание холестерина в крови (более 5 ммоль/л или более 200 мг/дл);

курение (один из наиболее существенных факторов риска!);

избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни;

повышение артериального давления.(более 140/90 мм рт.ст. в любом возрасте);

сахарный диабет.

Наличие хотя бы одного из этих факторов реально повышает риск «знакомства» с инфарктом миокарда. Причем присоединение каждого нового фактора риска увеличивает вероятность заболеть в геометрической прогрессии.

Симптомы и диагностика инфаркта

Первым признаком, позволяющим заподозрить инфаркт, обычно становится жестокая боль за грудиной, то есть в середине грудной клетки. Обычно в состоянии покоя; давит, жжет, сжимает, может отдавать в руку, плечо, спину, челюсть, шею. При стенокардии подобная боль возникает во время нагрузки держится до 5 минут, купируется отдыхом или приемом нитроглицерина. При инфаркте она более сильная и чаще начинается в покое и не проходит после принятых друг за другом 3 таблеток нитроглицерина (по 1 таблетке под язык через каждые 5 минут).

Продолжительностью более 20-30 минут. При наличии этих признаков немедленно вызывайте «Скорую помощь». Умение терпеть в данном случае — опасный враг. Иногда заболевание проявляет себя рвотой или неприятными ощущениями в животе, перебоями в сердце или затруднением дыхания, потерей сознания или... ничем. Да, случается и такое: человек перенес инфаркт, даже не заметив этого. Так называемая безболевая форма инфаркта миокарда чаще наблюдается у людей, страдающих сахарным диабетом. Изменения, происходящие при инфаркте хорошо видны на электрокардиограмме. Для уточнения области и степени поражения может быть назначено УЗИ сердца (эхокардиография), которая дает возможность увидеть структурные изменения.

Лечение

Чтобы не рисковать, при малейшем подозрении на инфаркт нужно вызвать скорую помощь. И чем быстрее, тем лучше. Ведь только в течение 12 часов, вводя специальные препараты, можно растворить «свежий» тромб и восстановить кровоток в коронарной артерии. В последние годы для лечения инфаркта применяют не только медикаменты. В частности, к так называемым инвазивным методам относится коронарная баллонная ангиопластика. Ангиопластика показана при неэффективности лекарственной терапии. В другом случае кардиохирург может предложить операцию аортокоронарного шунтирования.

Профилактика

От некоторых факторов риска (пол и наследственность) никуда не деться. Зато все остальные вполне поддаются нашим усилиям! Поддерживайте в норме артериальное давление, а также следите за погодой — например, для людей с повышенным артериальным давлением опасными являются жара и геомагнитные бури. Нормализуйте уровень сахара в крови. Больше двигайтесь! Совсем не обязательно «бегать от инфаркта», достаточно гулять на свежем воздухе не менее 5-6 километров в день. Очень важно бросить курить — это один из самых «агрессивных» факторов риска. Постарайтесь сбросить лишний вес. Каким должен быть нормальный вес? Давайте посчитаем: свой вес в килограммах разделите на рост в метрах, возвещенный в квадрат. Полученное число называется индексом массы тела. Нужно стремиться к тому, чтобы он не превышал 26. Питание должно быть с минимальным содержанием животных жиров и холестерина. Больше овощей и фруктов. Вместо жирной свинины — белое мясо птицы, сливочное масло замените подсолнечным, сало — рыбой. Такая диета позволяет снизить не только уровень холестерина, но и расходы.