

Лепендин С.О.¹, Паценко М.Б.², Сурыгина С.Е.², Морозова Н.В.¹, Стеклов В.И.¹

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

¹ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, 107014, Москва, Россия

²ФГБВОУ ВО Филиал военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в г. Москве, Минобороны России, 107392, Москва, Россия

Ввиду широкого распространения в популяции и высокого риска осложнений фибрилляция предсердий является важной нозологией, к раннему выявлению и диагностике которой должны быть готовы врачи как поликлинического, так и госпитального звена. Отсутствие специфических симптомов и однозначных причин возникновения и множество ассоциированных клинических состояний означают, что знания о фибрилляции предсердий и особенно ее дебюте — впервые диагностированной фибрилляции предсердий — особенно необходимы врачам-терапевтам. Данная статья представляет собой анализ литературы, посвященной впервые диагностированной фибрилляции предсердий, и уделяет внимание особенностям течения заболевания, его диагностике, выборе тактики и лечению. Статья знакомит читателя с информацией из современных общедоступных публикаций, посвященных данной теме, дает представление об основных этапах исторического развития медицины в этом направлении. На основе литературных источников вскрыты существующие на сегодня проблемы недооценки опасности заболевания, отсутствия единых подходов к тактике ведения пациента, ключевых определений и понятий.

Ключевые слова: впервые диагностированная фибрилляция предсердий; тактика ведения пациента; осложнения поздней диагностики; восстановление синусового ритма в ранние сроки.

Для цитирования: Лепендин С.О., Паценко М.Б., Сурыгина С.Е., Морозова Н.В., Стеклов В.И. Особенности диагностики и лечения впервые диагностированной фибрилляции предсердий. *Клиническая медицина*. 2023;101(11):549–555.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-11-549-555>

Для корреспонденции: Лепендин Сергей Олегович — e-mail: lependins@mail.ru

Lependin S.O.¹, Patsenko M.B.², Surigina S.E.², Morozova N.V.¹, Steklov V.I.¹

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NEWLY DIAGNOSED ATRIAL FIBRILLATION

¹Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryka of the Ministry of Defense of Russia, 107014, Moscow, Russia

²Branch Military Medical Academy named after S.M. Kirov in Moscow of the Ministry of Defense of Russia, 107392, Moscow, Russia

Due to the wide spread in the population and high risk of complications, atrial fibrillation is an important nosology, and doctors of both outpatient and hospital departments should be prepared for its early detection and diagnosis. The absence of specific symptoms and clear causes of onset, as well as the many associated clinical conditions, mean that knowledge of atrial fibrillation, especially its debut — the first diagnosed atrial fibrillation — is particularly necessary for general practitioners. This article analyzes literature on first diagnosed atrial fibrillation, focusing on the peculiarities of the disease's course, diagnosis, choice of tactics, and treatment. The article introduces readers to information from modern publicly available publications on this topic, providing an overview of the key stages in the historical development of medicine in this area. Based on literary sources, existing problems of underestimating the danger of the disease, lack of unified approaches to patient management, and key definitions and concepts are revealed today.

Key words: first diagnosed atrial fibrillation; patient management tactics; complications of late diagnosis; restoration of sinus rhythm in early stages.

For citation: Lependin S.O., Patsenko M.B., Surigina S.E., Morozova N.V., Steklov V.I. Features of diagnosis and treatment of newly diagnosed atrial fibrillation. *Klinicheskaya meditsina*. 2023;101(11):549–555.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-11-549-555>

For correspondence: Sergey O. Lependin — e-mail: lependins@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 02.04.2023

Частота возникновения и диагностирования фибрилляции предсердий (ФП) непрерывно возрастает на протяжении последних лет. По данным Фремингемского исследования, заболеваемость ФП с поправкой на возраст за 30-летний период наблюдения увеличилась, что свидетельствует о возрастающей роли этой аритмии

в структуре заболеваемости населения [1]. Исследование ATRIA [2] спрогнозировало увеличение заболеваемости ФП в США с 2,08 млн человек в 1995 г. до 5,61 млн человек в 2050 г.

Использование постоянных регистраторов ритма сердца резко увеличивает выявляемость ФП. В течение

года после имплантации регистрирующих устройств (электрокардиостимуляторы — ЭКС, имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы — ИКД, петлевые регистраторы) ФП может быть выявлена у 24% пациентов, у которых эта аритмия раньше не диагностировалась [3].

Результаты некоторых исследований показывают увеличение риска смерти в два раза у больных с ФП независимо от других известных предикторов смертности [4]. Так, исследование SOLVD (Studies of Left Ventricular Dysfunction) продемонстрировало повышенный риск смертности от всех причин и смерти и/или госпитализации по поводу сердечной недостаточности (СН) у больных ФП. Аналогичная связь между ФП и общей смертностью была обнаружена в реестре исследований AVID (Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators): при ретроспективном анализе этого регистра выявлено, что у больных с желудочковыми тахикардиями появление ФП значительно повышает риск смерти [5].

Таким образом, сформированное на основании крупных исследований за период 1990–2000-х гг. (AFFIRM, RACE, PIAF, STAF и др.) представление о том, что ФП — это малозначимая аритмия, по мере накопления знаний выглядит все менее убедительным.

Необходимо отметить, что даже в тех случаях, когда ФП у пациента существует непродолжительное время, риск летального исхода сохраняется: у 20% больных с впервые диагностированной ФП (ВДФП) смерть наступает в течение года от следующих причин: острое нарушение мозгового кровообращения, нарастание СН, инфаркт миокарда, ТЭЛА [6]. Данный факт указывает на необходимость уделить особое внимание пациентам с ВДФП.

Согласно клиническим рекомендациям «Фибрилляция и трепетание предсердий», утвержденным Министерством здравоохранения РФ в 2020 г., к ВДФП/ТП относят ФП/ТП, которые ранее не были диагностированы, независимо от продолжительности аритмии или тяжести связанных с ней симптомов. То есть это не синоним первого пароксизма ФП, так как первый эпизод аритмии может остаться незамеченным пациентом и не выявленным врачом из-за отсутствия симптомов. Очевидно, что применение этого определения по отношению к контингенту больных, которые до этого не контролировали сердечный ритм регулярно, автоматически создает группу пациентов с совершенно разной стадией заболевания.

По современным представлениям, ВДФП (как и ФП в целом) подразделяют на следующие варианты: пароксизмальную, персистирующую, длительно персистирующую и постоянную. Эта систематизация аритмии связана с длительностью эпизода аритмии и вероятностью спонтанного восстановления синусового ритма (СР), что важно для выбора соответствующей терапии [7, 8].

Большая часть исследований, определивших дальнейшее развитие классификации ФП, была проведена в 1990-х гг. Изначально классификация ФП была направлена на оценку риска инсульта головного мозга. Предполагалось, что у больных с постоянной формой аритмии риск инсульта минимален и возрастает при спонтанном

или намеренном восстановлении ритма. В дальнейшем классификация ФП преследовала цель предсказания успешности/целесообразности восстановления СР. В 1998 г. Gallagher и Cams предложили обновленную классификацию с целью охвата большего количества вариантов заболевания, введя термины «персистирующая» и «постоянная» наряду с пароксизмальной и впервые возникшей (острой) ФП. Эти четыре категории составляют основу системы классификации, которая была впервые одобрена в 2001 г. и, в соответствии с консенсусными рекомендациями объединенной Американской кардиологической ассоциации (АНА), Американского колледжа кардиологов (ACC), Европейского общества кардиологов (ESC) 2001 г., а также Российского кардиологического общества, классифицирует ФП на впервые выявленный эпизод, пароксизмальный, персистирующий и постоянный [9]. В 2010 г. ACC/АНА/ESC ввели в классификацию понятие «длительно персистирующая форма ФП».

Таким образом, несмотря на прогресс в понимании патогенеза и естественного течения ФП, номенклатура, используемая в настоящее время для классификации, остается относительно неизменной на протяжении последних десятилетий.

К настоящему моменту определить точную причину развития ФП не удалось. Наряду с этим установлен ряд ассоциированных клинических состояний, являющихся маркерами повышенного риска развития ФП. Авторы в своих работах выявляют разные факторы риска. Зачастую сильнейший фактор риска у одного исследователя никак не подтверждается у других. Следующие факторы риска, о которых сообщалось в многочисленных исследованиях, имели независимые, многомерные ассоциации: возраст, мужской пол, европеоидная раса, СН, сахарный диабет, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), злокачественные новообразования, ожирение, сепсис, респираторная инфекция, абдоминальная инфекция, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, использование вазопрессоров, искусственная вентиляция легких, повышенный балл APACHE II, катетеризация правых отделов сердца и др. [10].

Некоторые авторы находят связь риска развития ФП с возрастом и массой тела. По мнению James A. Reiffel и соавт. [11], при оценке индивидуальных исходных характеристик только возраст (самый сильный) и индекс массы тела (ИМТ) были значимыми независимыми предикторами ФП, причем частота ФП была выше у пожилых и более тучных пациентов. Избыточный вес и ожирение были связаны с 18 и 59% повышенным риском ФП соответственно, по мнению L.E. Garnvik и соавт. [12].

Во многих исследованиях гипертония была наиболее распространенным сопутствующим заболеванием. В исследовании R. Nieuwlaet и соавт. [8] в трети случаев у пациентов с ФП диагностировалось поражение коронарных артерий и ИБС, 18% всех пациентов страдали диабетом, у 25% было выявлено тяжелое ожирение (ИМТ > 30 кг/м²).

Взаимосвязь между острыми клиническими состояниями и ФП хорошо известна. В исследовании ARREST A. Romanov и соавт. [13] ФП впервые диагностировали у 58% пациентов в течение 24 мес. после острого ИМ (ОИМ). Среднее время наблюдения до первого выявленного эпизода ФП составило 4,8 мес. Исследование CHARISMA имело цель изучения частоты аритмий у пациентов с ОИМ и сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ = 40%) с помощью имплантированного кардиомонитора. Среди 297 таких пациентов в течение 1,9 года наблюдения у 28% была зарегистрирована ВДФП.

Некоторые авторы обнаруживают взаимосвязь с нарушениями дыхательной системы: апноэ (синдром обструктивного апноэ сна — СОАС) и бронхиальной астмой. Высокая частота рецидивов ФП после кардиоверсии у пациентов с нелеченым СОАС была напрямую связана с величиной и продолжительностью ночной десатурации. Нарушения сердечного ритма чаще регистрируются у лиц с СОАС и увеличиваются с возрастанием числа эпизодов апноэ [14].

Другие исследователи находят зависимость между развитием ФП и атриомегалией. Среди 256 пациентов со средним объемом левого предсердия 76,5 мл, получивших имплантируемый петлевой регистратор, частота выявления субклинической ФП для эпизодов продолжительностью ≥ 5 мин составила 34% в год [15].

Диагностика ВДФП не отличается от диагностики других форм ФП. Для верификации также требуется регистрация не менее 30 с записи ЭКГ. К сожалению, ФП нередко остается недиагностированной, поскольку часто протекает бессимптомно: около 30% всех пациентов с ФП не знают о своем диагнозе [16]. При этом очевидно и то, что частота выявления заболевания находится в прямой зависимости от интенсивности наблюдения, а особенно — с использованием современных методов диагностики (ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, имплантируемые устройства, различные гаджеты и т.д.). Частота выявления ФП при скрининговом обследовании сильно зависит от обследованной популяции и продолжительности/интенсивности скрининга. Одномоментный скрининг общей популяции в возрасте старше 65 лет выявляет не диагностированную ранее ФП в 1,4% случаев. При этом, как сообщают В. Freedman и соавт. [15], ВДФП у этих пациентов зачастую представлена постоянной формой заболевания. В связи с этим особый интерес для ранней и своевременной диагностики ФП представляют имплантируемые антиаритмические устройства, петлевые регистраторы и т.д.

Опираясь на данные различных авторов и исследований [3, 5, 8, 17–21], можно сформировать «среднестатистический портрет» пациента с ВДФП: это человек (мужчина несколько чаще, чем женщина) в возрасте старше 60 лет и артериальной гипертензией. При этом в каждом исследовании авторы выявляли свои собственные факторы риска. Зачастую тот фактор, который казался очевидным в какой-то одной публикации, не имеет подтверждений у других авторов. Отсутствие единого

взгляда на проблему приводит к отсутствию стандартизации: например, большинство авторов не анализируют такое заболевание, как ХБП, а некоторые — артериальную гипертензию. Все это в свою очередь негативно влияет на возможность сопоставлять исследования, обобщать их данные и делать какие-либо выводы. Анализ публикаций дает понимание того, что ни одно из предполагаемых ассоциированных клинических состояний не может быть однозначно определено как причина дебюта ФП. Уместно предполагать некую «критическую» совокупность нескольких факторов, делающих вероятность развития ФП максимальной.

Так как ВДФП может являться первым случаем ФП у конкретного человека, можно предположить, что такое состояние будет сопровождаться какими-либо специфическими симптомами. При анализе статистических данных различных исследований необходимо понимать, что в случае, если первый приступ по причине скоротечности не был зафиксирован на ЭКГ, диагноз ФП не будет поставлен, и симптомы такого пациента не будут статистически обработаны. В дальнейшем при статистической обработке данных это уменьшит группу пациентов с пароксизмальной ВДФП и, следовательно, увеличит процент пациентов с длительным приступом (который с большей вероятностью удастся верифицировать) и укажет их симптомы. Также в ходе обсуждения характеристик первого приступа важно учитывать, что обсуждаемый приступ не всегда действительно является первым.

Жалобы при ВДФП такие же, как и при обычной ФП, с тем возможным отличием, что пациент может быть испуган самой «новизной» заболевания. Основными оцениваемыми характеристиками приступа являются интенсивность симптомов и их продолжительность.

По мнению J.A. Reiffel и соавт. [11], симптомы, связанные с ФП, обычно неспецифические и включают учащенное неритмичное сердцебиение, дискомфорт в груди, головокружение или обморок, одышку, СН и/или усталость.

Многие авторы, например М. Hammond-Haley и соавт. [9], считают, что фибрилляция с коротким анамнезом имеет более интенсивные симптомы: у пароксизмальной ФП (определяемой конкретно в этом исследовании как «повторяющиеся эпизоды ФП продолжительностью > 2 мин»), включая пациентов с первым эпизодом ФП, было значительно больше симптомов, чем у пациентов с «хронической ФП». По мнению N.A. Budanova [18], первый эпизод в 85% имел пароксизмальный характер и в 82% сопровождался выраженной симптоматикой, а у 17,9% был без симптомов.

В отношении изучения продолжительности первого приступа, естественно, максимальное внимание следует уделить исследованиям с использованием постоянных регистраторов ритма. На примере выборки из 6580 пациентов выяснено, что у пациентов без предшествующей ФП в анамнезе первое появление тахикардий, обнаруженных прибором, в 53% случаев имеет продолжительность от 5 мин до 1 ч, в 27% случаев — от 1 до 6 ч, в 10% случаев — от 6 до 12 ч, в 9% случаев — от 12 до 23 ч и лишь в 1% случаев — более 23 ч [21].

М. Kiliszek и соавт. [4] полагают, что естественное течение ФП начинается с первого выявленного эпизода, у большинства пациентов ФП является пароксизмальной и в течение нескольких лет становится персистирующей (если прерывается кардиоверсией) или постоянной (когда кардиоверсия больше не выполняется).

К сожалению, для многих пациентов естественное течение ФП связано с инсультом. Исторически именно очевидная взаимосвязь данного вида аритмии и ишемических инсультов «подталкивала» медицинское сообщество к изучению ФП. Сама же аритмия, по данным исследований RACE и др., при условии нивелирования риска инсульта была признана «доброкачественной». Безусловно, тромбоэмболический инсульт — это грозное осложнение, которое способно поделить жизнь пациента на «до» и «после». В связи с этим и в настоящий момент основные усилия при лечении таких пациентов направлены на профилактику тромбоэмболических осложнений. Использование варфарина, а затем и пероральных антикоагулянтов (ПОАК) привело к снижению частоты инсультов, однако современные исследования не находят естественное течение ФП «безобидным» уже по другим причинам. Например, в ходе анализа исследования GARFIELD-AF J.-P. Bassand и соавт. в 2016 г. [17] отметили, что более высокий риск ранней смерти наблюдается независимо от формы ФП, но выше при новой (впервые диагностированной) ФП, чем при других формах. То же самое относится и к большим кровотечениям. Возможно, повышенный риск смерти и кровотечений в группе пациентов с ВДФП может быть связан с экстремальными факторами, которые являлись триггером дебюта ФП. Кроме этого, кровотечения могут быть следствием того, что пациент, впервые столкнувшийся с необходимостью приема антикоагулянтной терапии (АКТ), может использовать антикоагулянтные препараты по аналогии с приемом известных ему антигипертензивных или антиангинальных препаратов, то есть может компенсировать пропущенный прием последующим приемом двойной дозы и т.д.

В практике многих врачей имели место случаи спонтанного восстановления синусового ритма. Нередко ФП купируется самостоятельно даже без назначения какой-либо терапии. Так, в обзоре М. Kiliszeki соавт. [4], посвященному подразделу исследования RHYTHM AF, для кардиоверсии было отобрано 294 пациента с разными видами ФП, из них 55 — ВДФП. Спонтанная конверсия СР произошла у 12 (36,4%) из 55 пациентов с ВДФП, у 37 из 116 (49,3%) в группе с пароксизмальной ФП и у 5 (5,6%) из 115 в группе с персистирующей ФП.

В клинических исследованиях по изучению фармакологической кардиоверсии частота спонтанного восстановления СР в группах плацебо варьировала от 0 до 76% [22]. По мнению Н.А. Pluymackers [23], предпосылками к спонтанной конверсии СР у больных при всех формах ФП являются кратковременные эпизоды ФП в анамнезе, низкий ИМТ и нормальный размер левого предсердия.

В отношении целесообразности восстановления синусового ритма в научной среде и практической медицине

в настоящее время нет единого мнения и подхода. Согласно предшествующим рекомендациям, в течение многих лет конверсия первого эпизода ФП осуществлялась только в том случае, если ФП субъективно плохо переносилась. Эта позиция подтверждалась исследованиями, показавшими отсутствие преимуществ контроля СР по сравнению с контролем частоты сердечных сокращений [24]. Например, действующие рекомендации Американской ассоциации семейных врачей по отношению к ВДФП (AAFP 2017) рекомендуют отдавать предпочтение тактике контроля ЧСС, ссылаясь на отсутствие значимых различий в исходах заболевания. Такой подход, по-видимому, может быть обусловлен в том числе и тем, что тактика контроля СР обходится для местной системы здравоохранения дороже по причине более частых госпитализаций.

В отношении оценки симптомов и их влияния на качество жизни с целью определения показаний к кардиоверсии, по мнению F.G. Cosio и соавт. [24], необходимо помнить, что ФП часто вызывает значительное ухудшение качества жизни, которое распознается пациентом только после восстановления СР. По данным Л.А. Бокерия и соавт. [1], восстановление и поддержание СР ассоциируется с улучшением качества жизни и лучшей переносимостью физической нагрузки.

В противовес исследованиям AFFIRM, RACE и др. появляются новые исследования, результаты которых уже не благоприятствуют тактике контроля ЧСС. Исследование EAST-AFNET 4 продемонстрировало, что раннее применение тактики контроля СР приводит к достоверному снижению вероятности смерти по кардиоваскулярным причинам, от инсульта или к госпитализации по поводу СН или острого коронарного синдрома [25]. Контроль ритма, согласно исследованию GARFIELD, способствует снижению общей смертности на 28%. Поэтому, предполагает А.А. Бова [6], если врач уверен, что удержание СР возможно, то его необходимо, по крайней мере, попытаться восстановить и сохранить. Учитывая эти обстоятельства, клинические рекомендации ESC 2020 для пациентов с ВДФП отдают предпочтение стратегии контроля СР даже при отсутствии активной симптоматики.

Важным является решение о том, кому четко показано восстановление СР. Безусловно, пациенты с ФП, испытывающие выраженные симптомы, могут нуждаться в восстановлении ритма в большей степени дополнительно к терапии, направленной на контроль частоты сокращения желудочков (ЧСЖ).

По мнению А.Э. Багрий и соавт. [7], однозначно стратегия контроля СР должна быть выбрана для симптомных больных с ВДФП при наличии таких факторов, как молодой возраст, эпизод ВДФП менее 48 ч, отсутствие выраженных структурных изменений сердца, кардиомиопатия, опосредованная тахикардией, нормальный или умеренно увеличенный размер левого предсердия, отсутствие или несколько сопутствующих заболеваний, сложности в достижении контроля ЧЖС, если ВДФП спровоцирована преходящим состоянием (острым заболеванием).

Не следует забывать и о возможности такого грозного осложнения ФП, как тахикардиопатия (ТКП). Учитыв-

вая то, что причины ее развития до конца не изучены, невозможно точно предсказать дебют и стремительное развитие у конкретно взятого пациента. В связи с этим целесообразным представляется ультимативное восстановление СР у пациента с ВДФП в случае отсутствия абсолютных противопоказаний [26].

По мнению Л.А. Бокерия и соавт. [1], фармакологическая или электрическая кардиоверсия ФП чаще завершается успешно, когда длительность ФП составляет менее 24 ч, тогда как чем больше длительность ФП, тем ниже вероятность восстановления и поддержания СР.

По наблюдениям R. Nieuwlaat и соавт. [8], в течение долгого времени фармакологическая конверсия чаще выполнялась у пациентов с пароксизмальной ФП, а электрическая кардиоверсия — чаще у пациентов с персистирующей. Это находит подтверждение при анализе некоторых литературных источников: M. Kiliszek и соавт. [4] отмечают, что первичная электрическая кардиоверсия чаще всего выполнялась у пациентов с персистирующей ФП (90,4%), в то время как первичная фармакологическая кардиоверсия — у впервые выявленной ФП (80,0%) и у пациентов с пароксизмальной (76,7%). В течение 2 мес. наблюдения частота повторных госпитализаций и осложнений была сопоставимой между группами.

При поиске в литературе публикаций, сравнивающих эффективность фармакологической и электрической кардиоверсии, можно найти отдельные статьи, находящие один из методов предпочтительнее. В то же время анализ регистра крупных исследований FIELD-AF-GARFIELD-AF (2021) на примере более 42 тысяч пациентов не нашел преимуществ одного метода над другим [27].

Тем не менее независимо от разновидности кардиоверсии частота рецидивов ФП высока. По данным F.G. Cosio и соавт. [24], при годичном наблюдении, даже при последовательном применении профилактической антиаритмической терапии (ААТ) и агрессивной стратегии множественных кардиоверсий, только 30–60% пациентов остаются свободными от аритмии.

В течение долгого времени методы восстановления синусового ритма считаются одинаково безопасными. В. Сноу и соавт. [22], проведя анализ результатов фармакологической конверсии и ЭИТ, не нашли различий в частоте постконверсионных ишемических инсультов. Риск развития тромбоэмболических осложнений, по их данным, также не зависит от разновидности конверсии СР (электрической или фармакологической).

В настоящее время клинические рекомендации Минздрава РФ от 2020 г. оставляют выбор метода восстановления СР на усмотрение врача. В основном выбор метода восстановления СР зависит от клинической картины заболевания (длительности эпизода аритмии, предшествующего приема антиаритмических препаратов, анамнестических сведений о предыдущих безопасных и эффективных попытках восстановления СР, наличия структурных заболеваний сердца), предпочтений врача и пациента.

Электрическая кардиоверсия (электроимпульсная терапия, ЭИТ) — высокоэффективный метод, позволяющий быстро и безопасно восстановить СР, но по-

сле восстановления ритма могут возникнуть рецидивы ФП, которые ЭИТ уже не сможет предотвратить. Однако, если у пациента данный приступ первый и особенно когда причиной его развития были устранимые факторы (гипертонический криз, нарушения электролитного баланса и т.д.), то обсуждения ААТ, направленной на предупреждение рецидива аритмии, не требуется.

Также при изучении литературы становится очевидным отсутствие общепризнанного определения успешной/неуспешной кардиоверсии в практической медицине и научном сообществе. Разные авторы называют попытку восстановления СР неудачной при рецидиве аритмии в сроки от 2 ч до 30 сут с попытки восстановления СР. Так, в исследовании, представленном T. Hellman и соавт. [28], плановую кардиоверсию методом ЭИТ проводили 925 больным с ВДФП (без уточнения формы аритмии). Электрическая кардиоверсия была успешной в 528 (57%) случаях и неуспешной в 397 (43%). Под безуспешностью кардиоверсии понимали рецидив аритмии в течение 30 дней, а не невозможность восстановления СР непосредственно при выполнении ЭИТ [28]. Кроме того, отсутствуют единые стандарты выполнения электрической кардиоверсии (предварительная отмена/назначение ААТ, целевые значения электролитов крови и т.д.).

В случае, когда принято решение о проведении фармакологической конверсии, чаще всего применяют следующие препараты: амиодарон, новокаиномид, пропафенон и рефралон.

Также возможно комбинировать введение фармакологических препаратов с ЭИТ — концепция drug-shock.

К сожалению, действующие клинические рекомендации уделяют ведению пациентов с ВДФП недостаточно внимания. Выбор тактики лечения по-прежнему остается на усмотрение врача. У пациентов с длительностью приступа более 48 ч необходимость назначения АКТ определяется на основе шкал CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED. На первые 4 нед. АКТ назначается независимо от баллов упомянутой шкалы (варфарин или ПОАК). Обязательна коррекция фоновых заболеваний (гипертония, ХСН, сахарный диабет и др.) с назначением соответствующих препаратов. Назначения антиаритмической терапии (ААТ) не требуется.

Исходя из вышесказанного, ясно, что введение понятия ВДФП — вынужденная полумера, поскольку никогда нет гарантии того, что у пациента первый зафиксированный пароксизм был действительно первым, а не очередным эпизодом, который впервые зарегистрирован. Говорить о «чистоте» ВДФП трудно уже в силу того, что ВДФП, по мнению H.A. Pluymackers и соавт. [23], — сама по себе независимый фактор спонтанного восстановления СР, что снижает вероятность встретить такого пациента на приеме.

Изучение литературы, посвященной ВДФП, резко затруднено в связи с еще не устоявшейся системой классификации, отсутствием единого взгляда на вопрос у научного сообщества, а также отсутствием общепризнанного терминологического лексикона и стандарта ведения пациентов.

Попытки оценить распространенность заболевания сопряжены с тем, что его встречаемость прямо пропорциональна интенсивности наблюдения за ним. В связи с тем что наиболее интенсивное наблюдение ведется за более «тяжелыми» пациентами, в этой группе ФП может встречаться чаще уже только по этой причине. Тем не менее ФП у пациентов в тяжелом состоянии также требует изучения.

Стресс-индуцированная ФП — особый вид ФП, который в настоящий момент никак не описан в клинических рекомендациях. ФП часто впервые обнаруживается в условиях неотложной помощи, особенно когда пациент госпитализирован по поводу заболевания или операции. По мнению W.F. McIntyre и соавт. [29], ФП, возникающая временно при стрессе (в иностранной литературе — AFOTS), относится к подгруппе ФП, которая ранее не была диагностирована, часто протекает бессимптомно и возвращается к СР до того, как пациент покинет больницу.

Распространение имплантируемых антиаритмических устройств с возможностью длительной регистрации ритма открывает широкие возможности для оценки истинной распространенности ФП, а значит и ВДФП в популяции. Особо ценными представляются исследования, выполненные с использованием имплантируемых антиаритмических устройств с функцией детекции АНРЕ (atrial high rate episode — высокочастотный предсердный эпизод). Такие исследования выявляют множество случаев бессимптомной и не диагностированной ранее ФП. В исследовании A. Mazza и соавт. [14] особенно значим прирост (на 1 пациента с диагностированной ранее ФП приходится до 3 пациентов с ФП, диагностированной в ходе исследования) в отношении пациентов с пароксизмальной формой ФП и бременем ФП (AF burden) менее 1 ч в сутки.

Примечательно, что имплантация петлевого регистратора резко превосходит ХМ ЭКГ по возможности выявления ФП. О соотношении эффективности имплантируемых регистраторов и ХМ ЭКГ можно судить из исследования [30]. В нем имплантированный кардиомонитор выявлял пароксизмы ФП (все они были бессимптомными) у 20% включенных в исследование пациентов (средний срок наблюдения 588 дней, средний срок дебюта ФП — 91 день), в то время как однократный 72-часовой ХМ ЭКГ, выполненный этим же пациентам, выявил ФП только у 2 % пациентов, при этом все эпизоды, распознанные на ХМ ЭКГ, были также распознаны и петлевым регистратором.

Как уже понятно, по мере развития технической оснащенности медицины наиболее достоверные данные о ВДФП можно будет получить у пациентов с имплантированными кардиомониторами, а также системами электрокардиостимуляции. Однако даже эта когорта пациентов не будет предоставлять объективные данные о популяции в связи с тем, что имплантация данных устройств почти никогда не проводится исходно здоровым людям.

В настоящий же момент, если на приеме врач встречает пациента с бессимптомной ВДФП, то с высокой до-

лей вероятности это больной с персистирующей формой аритмии.

Не диагностированная вовремя ФП — большая проблема, ведь ряд исследований указывает на возможность самостоятельного восстановления СР от 15 до 70% при соблюдении условий, которыми и обладают самые здоровые люди. Это означает, что в случае бессимптомной ФП диагноз может быть отсрочен вплоть до момента тромбоэмболических осложнений. Таким образом, тот, кому медицинская система еще вчера уделяла мало внимания потому, что он «здоров», уже завтра наиболее уязвим перед инсультом.

Авторитет исследований AFFIRM, RACE и др. еще недавно останавливал разговоры о взаимосвязи между ФП и смертностью, однако с появлением новых данных такие разговоры звучат все громче. Даже исследования, напрямую не направленные на изучение ФП, находят эту закономерность. Согласно T.J. Bunch и соавт. [5], взаимосвязь между ВДФП и смертностью у пациентов с ИКД была замечена в исследовании, в котором смертность в течение $2,6 \pm 1,9$ года составила 42% у пациентов с ВДФП, 16% у пациентов с персистирующей ФП и 10% у пациентов без ФП, хотя организаторы исследования не имеют для этого официального объяснения. Можно предположить, что повышенная смертность, а также риск кровотечений в группе пациентов с ВДФП могут быть вызваны не только теми причинами, которые являлись триггером дебюта ФП, но и тем, что дисциплина приема препаратов (комплаенс) у пациента, впервые столкнувшегося с заболеванием, также ниже, в том числе и за счет того, что среднестатистический возраст дебюта ФП предрасполагает к снижению когнитивных способностей.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Бокерия Л.А., Ревшвили А.Ш., Оганов Р.Г. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий. *Вестник аритмологии*. 2010;59:53–57. [Bokeria L.A., Revishvili A.Sh., Oganov R.G. et al. Clinical guidelines on diagnostics and treatment of patients with atrial fibrillation. *Journal of Arrhythmology*. 2010;59(59):53–77. (In Russian)].
2. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. *JAMA*. 2001;285(18):2370–2375.
3. Cheung J.W., Keating R.J., Stein K.M. et al. Newly detected atrial fibrillation following dual chamber pacemaker implantation. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. 2006;17(12):1323–1328. DOI: 10.1111/j.1540-8167.2006.00648.x
4. Kiliszek M., Ponikowski P., Opolski G. Cardioversion differences among first detected episode, paroxysmal, and persistent atrial fibrillation patients in the RHYTHM AF registry in Poland. *Cardiology Journal*. 2015;22(4):453–458. DOI: 10.5603/CJ.a2015.0006
5. Bunch T.J., Day J.D., Olshansky B. et al. Newly detected atrial fibrillation in patients with an implantable cardioverter-defibrillator is a strong risk marker of increased mortality. *Heart Rhythm*. 2009;6(1):2–8. DOI: 10.1016/j.hrthm.2008.09.025
6. Бова А.А. Фибрилляция предсердий в практике терапевта. *Военная медицина*. 2018;1:6–10. [Bova A.A. Atrial fibrillation in therapeutic practice. *Voennaya medicina*. 2018;1:6–10. (In Russian)].

7. Багрий А.Э., Приколола О.А., Котова К.А. и др. Стратегии контроля ритма и контроля частоты сокращений желудочков при впервые выявленной фибрилляции предсердий. *Крымский терапевтический журнал*. 2021;2:25–33. [Bagry A.E., Prikolota O.A., Kotova K.A., Vashakidze N.O., Derevyanko N.Ya., Gritskovich O.S., Bagry O.N. Rate and rhythm control treatment strategies of new lydiagnosed atrial fibrillation. *Crimean journal of internal diseases*. 2021;2:25–33. (In Russian)].
8. Nieuwlaet R., Capucci A., Camm A.J. et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries the euro heart survey on atrial fibrillation. *Eur. Heart J.* 2005;26:2422–2434. DOI:10.1093/eurheartj/ehi505
9. Hammond-Haley M., Providência R., Lambiasi P.D. Temporal pattern/episode duration-based classification of atrial fibrillation as paroxysmal vs. persistent: is it time to develop a more integrated prognostic score to optimize management? *Europace*. 2018;20(F13):f288–f298. DOI: 10.1093/europace/eux178
10. McIntyre W.F., Um K.J., Cheung Ch.C. et al. Atrial fibrillation detected initially during acute medical illness: A systematic review. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2019;8(2):130–141. DOI: 10.1177/2048872618799748
11. Reiffel J.A., Verma A., Kowey P.R. Incidence of previously undiagnosed atrial fibrillation using insertable cardiac monitors in a high-risk population the REVEAL AF study. *JAMA. Cardiology Published online*. 2017;2(10):1120–1127. DOI:10.1001/jamacardio.2017.3180
12. Garnvik L.E., Malmo V., Janszky I. Physical activity modifies the risk of atrial fibrillation in obese individuals: The HUNT3 study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2018;25(15):1646–1652. DOI: 10.1177/2047487318784365
13. Romanov A., Martinek M., Purerfellner H. et al. Incidence of atrial fibrillation detected by continuous rhythm monitoring after acute myocardial infarction in patients with preserved left ventricular ejection fraction: results of the ARREST study. *Europace*. 2018;20(2):263–270. DOI: 10.1093/europace/euw344
14. Mazza A., GraziaBendini M., De Cristofaro R. et al. Pacemaker-detected severe sleep apnea predicts new-onset atrial fibrillation. *Europace*. 2017;19(12):1937–1943. DOI: 10.1093/europace/euw371
15. Freedman B. et al. Screening for atrial fibrillation. A report of the af-screen international collaboration. *Circulation*. 2017;135:1851–1867. DOI: 10.1161/CIRCULATION.AHA.116.026693
16. Kikillus N., Hammer G., Wieland S. et al. Algorithm for identifying patients with paroxysmal atrial fibrillation without appearance on the ECG. Proceedings of the 29th Annual International Conference of the IEEE EMBS. 2007.2007;2007:275–278. DOI: 10.1109/IEMBS.2007.4352277
17. Bassand J.-P., Accetta G., Camm A.J. et al. Two-year outcomes of patients with newly diagnosed atrial fibrillation: results from GARFIELD-AF. *European Heart Journal*. 2016;37(38):2882–2889. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw233
18. Bulanova N.A. Atrial fibrillation registered for the first time: characteristics of clinical course, treatment, prognosis. *Article in Kardiologia*. 2013;53(2):25–29.
19. Levy S., Maarek M., Coumel Ph. et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France the ALFA study. *Circulation*. 1999;99:3028–3035. DOI: 10.1161/01.CIR.99.23.3028
20. Шляхто Е.В., Ежов А.В., Зенин С.А. и др. Клинический портрет пациента с фибрилляцией предсердий в Российской Федерации. Данные глобального регистра Gloria AF. *Российский кардиологический журнал*. 2017;9:149. [Shlyakhto E.V., Villevalde S.V., Ezhov A.V., Zenin S.A. et al. Clinical performance of the atrial fibrillation in the Russian. findings from the GLORIA-AF. *Russian Journal of Cardiology*. 2017;9:149. (In Russian.)].
21. Boriani G., Giotter T.V., Ziegler P.D. et al. Detection of new atrial fibrillation in patients with cardiac implanted electronic devices and factors associated with transition to higher device-detected atrial fibrillation burden. *Heart Rhythm*. 2017;15(3):376–383. DOI: an10.1016/j.hrthm.2017.11.007
22. Сноу В., Уэллс К., Лефевр М. и др. Рекомендации американской академии семейных врачей и американского колледжа терапевтов по тактике ведения пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий. *Анналы аритмологии*. 2005;2:5–16. Snow V., Welss K.B., LeFevre M. et al. Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline from the American academy of family physicians and the american college of physicians. *Annals aritmologii*. 2005;2:5–16. (In Russian)].
23. Pluymaekers H.A., Dudink M. P., Weijs B. et al. Clinical determinants of early spontaneous conversion to sinus rhythm in patients with atrial fibrillation. *Neth. Heart J.* 2021;29:255–261. DOI: 10.1007/s12471-020-01528-5
24. Cosio F.G., Aliot E., Botto G.L. Delayed rhythm control of atrial fibrillation may be a cause of failure to prevent recurrences: reasons for change to active antiarrhythmic treatment at the time of the first detected episode. *Europace*. 2008;10:21–27. DOI:10.1093/europace/eum276
25. Kirchhof P., Camm A.J., Goette A. et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2020;383(14):1305–1316. DOI: 10.1056/NEJMoa2019422
26. Стеклов В.И., Пащенко М.Б., Демьяненко А.В. и др. Критерии диагностики и лечение тахиндуцированной кардиомиопатии: клиническое наблюдение. *Вестник аритмологии*. 2022;29(4):53–60. [Steklov V.I., Pashchenko M.B., Demyanenko A.V. et al. Diagnostic criteria and treatment of tachyinduced cardiomyopathy: clinical observation. *Bulletin of Arrhythmology*. 2022;29(4):53–60. (In Russian)]. DOI: 10.35336/VA-2022-4-08
27. Pope M. K., Hall T.S., Schirripa V. et al. Cardioversion in patients with newly diagnosed non-valvular atrial fibrillation: observational study using prospectively collected registry data. *BMJ*. 2021;375:e066450. DOI: 10.1136/bmj-2021-066450
28. Hellman T., Kiviniemi T., Vasankari T. et al. Prediction of ineffective elective cardioversion of atrial fibrillation: a retrospective multi-center patient cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2017;17:33. DOI:10.1186/s12872-017-0470-0
29. McIntyre W.F., Lengyel A.P., Healey J.S. et al. Design and rationale of the atrial fibrillation occurring transiently with stress (AFOTS) incidence study. *Journal of Electrocardiology*. 2019;57:95–99. DOI: 10.1016/j.jelectrocard.2019.09.014
30. Philippsen T.J., Christensen L.S., Hansen M.G. et al. Detection of subclinical atrial fibrillation in high-risk patients using insertable cardiac monitor. *JACC: Clinical electrophysiology*. 2017;3(13):1557–1564. DOI: 10.1016/j.jacep.2017.06.020

Поступила 02.04.2023

Информация об авторах/Information about the authors

Лепендин Сергей Олегович (Lependin Sergey O.) — врач — сердечно-сосудистый хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения сложных нарушений ритма сердца ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, Москва
Пащенко Михаил Борисович (Patsenko Mikhail B.) — канд. мед. наук, доцент, начальник кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМА им. С.М. Кирова в г. Москве Минобороны России, главный терапевт Минобороны России
Сурыгина Светлана Евгеньевна (Surigina Svetlana E.) — преподаватель кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМА им. С.М. Кирова в г. Москве Минобороны России
Морозова Наталья Владимировна (Morozova Natalia V.) — врач отделения функциональной диагностики ЦВКГ им. П.В. Мандрыка Минобороны России
Стеклов Владимир Иванович (Steklov Vladimir I.) — д-р мед. наук, доцент, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения сложных нарушений ритма сердца ЦВКГ им. П.В. Мандрыка Минобороны России