

КОММЕНТАРИИ К РЕКОМЕНДАЦИЯМ АМЕРИКАНСКОЙ КОЛЛЕГИИ КАРДИОЛОГОВ, АМЕРИКАНСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ (2006) ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

С.Р. Гиляревский

Кафедра клинической фармакологии и терапии,
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В этом номере продолжается публикация материалов, посвященных новым клиническим рекомендациям. Относительно недавно опубликованные рекомендации по ведению больных с фибрилляцией предсердий (ФП), разработанные совместно Американской коллегией кардиологов, Американской ассоциацией кардиологов и Комитетом по практическим рекомендациям Европейского общества кардиологов, могут представлять интерес не только для кардиологов, но и достаточно широкого круга врачей, которые в повседневной практике вынуждены определять тактику ведения больных с этой наиболее распространенной аритмией.

Создание новой версии клинических рекомендаций (предыдущая опубликована в 2001 г.) было обусловлено необходимостью учета результатов нескольких крупных клинических исследований, в частности тех, в которых сравнивались подходы к длительному ведению больных, основанные на контроле ритма и частоты сокращения желудочков. Измененный текст рекомендаций отражает практические аспекты ведения больных, начиная с распознавания ФП и определения ее патогенеза, а также общие подходы, направленные прежде всего на контроль частоты сокращения желудочков, профилактику тромбоэмболий, а также методы лечения, которые могут применяться в отдельных случаях для лечения аритмии и поддержания нормального синусового ритма.

Отдельно рассматривается тактика применения методов, основанных на выполнении катетерной абляции. При этом обращается внимание на отсутствие полной информации о таких жизненно важных аспектах, как отбор больных, оптимальное расположение катетера, определение абсолютной частоты эффективности вмешательства, а также о частоте развития осложнений. Раздел, посвященный лекарственной терапии, ограничен сведениями о клинических испытаниях препаратов, которые одобрены в Северной Америке и/или Европе. По-

скольку тактика лечения больных, предрасположенных к развитию ФП в определенных ситуациях, изучена наиболее полно, рекомендации по профилактике и лечению ФП в подобных случаях опираются на доказательность данных более высокого уровня по сравнению с предыдущим вариантом рекомендаций.

В целом тактика ведения больных с ФП, представленная в новом варианте рекомендаций, не требует значительной адаптации для нашей страны. Однако есть некоторые особенности, требующие обсуждения. Во-первых, в России отсутствует ряд лекарственных препаратов, которые приводятся в данных рекомендациях. К таким лекарственным средствам следует отнести прежде всего антиаритмический препарат IC класса флекаинид и препарат III класса дофетилид. Ибутилид, также относящийся к препаратам III класса, до недавнего времени, хотя и ограниченно, был доступен в России. Учитывая, что ибутилид не упоминается в последнем издании справочника Видаль, его роль в лечении ФП в России стала еще меньше. В рекомендациях не приводятся такие отечественные препараты, как нибентан и этацинин. По мнению некоторых отечественных авторов, в России вместо ибутилида для внутривенной кардиоверсии при ФП, по-видимому, можно использовать отечественный препарат нибентан, эффективность и безопасность которого не изучалась в крупных рандомизированных клинических испытаниях. Считается также, что в отсутствие в нашей стране полного спектра антиаритмических препаратов, приводимых в рекомендациях, выбор антиаритмического препарата для кардиоверсии в России может ограничиваться амиодароном (внутривенно и внутрь), нибентаном (внутривенно), прокаинамидом (внутривенно) и пропафеноном (внутривенно и внутрь).

И вторая проблема, на которой следует остановиться, связана с тем, что в нашей стране не во всех медицинских учреждениях осуществляется оптимальная такти-

ка ведения больных с ФП, которая обеспечивала бы современные подходы к применению непрямым антикоагулянтов. Такие подходы, прежде всего, подразумевают применение современного антикоагулянта варфарина и возможность своевременного и точного определения международного нормализованного отношения (МНО). Причем эффективность и безопасность терапии у большинства больных достигается при уровне МНО от 2,0 до 3,0. Реальная практика свидетельствует

о том, что сохранение такого диапазона МНО во многих случаях представляет довольно трудную задачу. По-видимому, для ее принципиального решения необходимы соответствующие организационные мероприятия на уровне первичного звена здравоохранения.

Тем не менее, можно надеяться, что новая версия клинических рекомендаций по ведению больных с ФП позволит улучшить тактику лечения широкого круга пациентов с этой распространенной аритмией.