

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

В. А. Сулимов

Кафедра факультетской терапии № 1, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В данном номере журнала опубликована вторая, завершающая часть Рекомендаций американской коллегии кардиологов, американской кардиологической ассоциации и европейского общества кардиологов 2006 г. по ведению больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Первая версия Рекомендаций по ведению больных с ФП была опубликована в 2001 г. За эти годы в крупных международных исследованиях получена принципиально новая информация, что требует дополнения либо коррекции некоторых существовавших ранее положений, касающихся как диагностики, так и лечения больных с ФП.

Во – первых, это касается сравнения 2-х долгосрочных тактик лечения больных с ФП: восстановление синусового ритма с последующей попыткой его удержания с помощью постоянного приема того или иного антиаритмического препарата (тактика контроля ритма) либо сохранение ФП с проведением адекватной коррекции частоты желудочковых сокращений одновременно с полноценной антитромботической (непрямые антикоагулянты или антиагреганты) терапией (тактика контроля ЧСС).

Вопросу, какая из этих двух тактик предпочтительнее, было посвящено 5 различных по масштабу международных многоцентровых исследований: PIAF (2000) *Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation*, AFFIRM (2002) *Atrial Fibrillation Follow-Up in Rhythm Management*, RACE (2002) *Rate Control versus Electrical Cardioversion for persistent atrial fibrillation*, STAF (2003) *Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation*, HOT CAF (2004) *How to Treat Chronic Atrial Fibrillation*.

Наиболее крупным и значимым из них является исследование AFFIRM. До опубликования его результатов формальная логика врача заставляла нас считать, что у всех больных с рецидивирующей ФП (пароксизмальной или персистирующей) тактика контроля ритма лучше тактики контроля ЧСС. Как выяснилось, это далеко не так. Результаты всех 5 исследований, в особенности AFFIRM и RACE, показали, что для больных старше 65 лет или имеющих факторы риска возникновения ишемического инсульта эти 2 стратегии являются паритетными.

Возможно, что у лиц более молодого возраста, у больных ФП, не имеющих факторов риска инсульта, а также при наличии признаков хронической сердечной недоста-

точности стратегия контроля ритма может оказаться предпочтительнее, однако на сегодняшний день убедительной доказательной базы этому пока нет.

Таким образом, выбор тактики лечения каждого конкретного больного с ФП значительно усложнился и требует от врача большой ответственности в принятии правильного решения на основании оценки множества факторов.

Во-вторых, произошли определенные изменения в оценке эффективности существующих антиаритмических препаратов в отношении их купирующей активности при пароксизмальной и персистирующей форме ФП. На основании результатов рандомизированных плацебоконтролируемых исследований и в зависимости от степени эффективности все существующие антиаритмические средства разделены на 3 категории: на препараты с доказанной эффективностью (дофетилид, флекаинид, ибутилид, пропафенон и амиодарон), менее эффективные или недостаточно изученные препараты (дизопирамид, прокаинамид и хинидин) и препараты, которые не следует применять для купирования ФП (дигоксин и соталол).

На сегодняшний день в России сложилась крайне сложная ситуация с антиаритмическими средствами, которые могут быть использованы для устранения пароксизмальной или персистирующей формы ФП.

Несмотря на то, что почти все из перечисленных антиаритмических препаратов зарегистрированы и разрешены к применению в России, реально из быстро действующих и доказавших свою эффективность препаратов, которые могут вводиться внутривенно, в наличии не имеется ни одного (!!!).

Наиболее широко используемый с этой целью новокаионамид (прокаионамид) относится к препаратам «менее эффективным или недостаточно изученным»; пропафенон для в/в введения и ибутилид в страну не поступают; амиодарон, учитывая его фармакокинетические особенности, не является препаратом быстрого действия; а чрезвычайно эффективный отечественный препарат нибентан (близок к ибутилиду), за разработку и внедрение которого в клиническую практику ряд отечественных ученых абсолютно заслуженно были удостоены Государ-

ственной премии Российской Федерации, Российская фармацевтическая компания «Верофарм» по каким-то причинам выпускать прекратила.

Претерпел некоторые изменения алгоритм выбора антиаритмического препарата с целью сохранения синусового ритма в зависимости от характера поражения сердца. Если раньше, в Рекомендациях 2001 г., у больных ИБС без выраженных структурных изменений миокарда и сердечной недостаточности (например, у больных со стабильной стенокардией напряжения II функционального класса, имеющих нормальную фракцию выброса левого желудочка и не переносивших ранее инфаркта миокарда) подбор антиаритмической терапии для сохранения синусового ритма рекомендовалось начинать с препаратов I класса (флекаинид, пропафенон) (препараты 1-го ряда), а при их неэффективности переходить на препараты III класса (дофетилид, соталол, амиодарон) (препараты 2-го ряда), то в Рекомендациях 2006 г. препараты I класса у этой категории больных исключены.

В-третьих, произошли определенные изменения по отношению к антитромботической терапии у больных с ФП. Предложена чрезвычайно удобная для практического применения шкала оценки риска возникновения инсульта и выбора антитромботического препарата (варфарин или аспирин) - CHADS₂. В ней все факторы риска инсульта имеют градацию в баллах. Наличие предшествующего инсульта либо транзиторной ишемической атаки в анамнезе оценивается в 2 балла, все остальные факторы риска инсульта (возраст старше 75 лет, наличие артериальной гипертонии, сахарного диабета, сердечной недостаточности) оцениваются в 1 балл каждый. Сумма баллов позволяет индивидуально для каждого больного с ФП обоснованно выбрать тот или иной вариант антитромботической терапии: если сумма баллов равна 0, в качестве антитромботической терапии можно использовать аспирин, если сумма баллов равна 1, возможно применение как аспирина, так и варфарина, а если сумма баллов 2 и более, то единственным методом профилактики тромбоэмболических осложнений является применение варфарина.

Еще одно изменение в подходах к антитромботической терапии касается дозы аспирина, рекомендуемой для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с ФП. Если в Рекомендациях 2001 г. указывалось, что доза аспирина должна составлять не менее 325 мг в день, то согласно новым Рекомендациям 2006 г. доза аспирина может колебаться от 81 до 325 мг в день. При этом авторы Рекомендаций 2006 г. ссылаются на те же 5 основных исследований (ASAFK I, ASAFK II, EAFT, PATAF и SPAF II), посвященных сравнительной оценке эффективности антитромботической терапии, что и авторы Рекомендаций 2001 г. Остается не совсем понятным, почему на основании анализа данных одних и тех же исследований в 2001 г. рекомендованная доза аспирина составляла 325

мг, а в 2006 г. – от 81 до 325 мг?

Следует приветствовать тот факт, что в новых Рекомендациях 2006 г. отдельно рассматривается вопрос одновременного применения варфарина и антиагрегантов у больных с ФП, которым выполняются чрескожные коронарные вмешательства с имплантацией коронарных стентов, в том числе с лекарственным покрытием. Это чрезвычайно важный и сложный вопрос, поскольку количество таких пациентов непрерывно возрастает.

В-четвертых, значительно возросла роль метода катетерной аблации в устранении ФП и сохранении синусового ритма.

В Рекомендациях 2001 г. возможность применения катетерной аблации обсуждалась как метод сохранения синусового ритма у больных с ФП, у которых все попытки медикаментозной терапии (включая амиодарон и дофетилид) оказались неэффективными.

В то же время в Рекомендациях 2006 г. катетерная аблация впервые заняла позицию вмешательств 2-го ряда наравне с терапией амиодароном или дофетилидом, если назначение антиаритмических препаратов 1-го ряда (флекаинид, пропафенон, соталол) оказалось неэффективным. При этом выполнение катетерной аблации возможно и у больных ФП с хронической сердечной недостаточностью.

Не умаляя достоинств и эффективности метода катетерной аблации как способа сохранения синусового ритма у больных с ФП, представляется, что на современном этапе развития этой методики, особенно в России, было бы более оправданно рассматривать ее как вмешательство 3-го ряда, когда все попытки медикаментозной терапии, направленной на удержание синусового ритма (включая амиодарон и дофетилид), оказались неэффективными.

Иначе у врачей общей практики и у многих кардиологов может возникнуть неоправданное желание направлять для выполнения этой процедуры большое число больных, у которых еще не были исчерпаны возможности медикаментозной терапии. При этом не следует забывать, что высокая эффективность процедуры катетерной аблации (70-80%) достижима только в высококвалифицированных центрах (которых в России немного), выполняющих достаточное количество таких вмешательств в год, а сама процедура несет определенный риск осложнений.

Таким образом, Рекомендации по ведению больных с фибрилляцией предсердий существенно обновились, в них внесен ряд важных дополнений и изменений.

Несмотря на то, что эти Рекомендации не являются законом, хочется надеяться, что их изучение и использование в повседневной практике позволит существенно улучшить результаты лечения больных с ФП.