

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

А.И. Тарзиманова

Кафедра факультетской терапии № 2, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В настоящее время фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее распространенных нарушений сердечного ритма. Высокая социальная значимость ФП обусловлена увеличением смертности больных. В связи с возрастающей распространенностью ФП, а также высокой частотой развития тромбоэмболических осложнений в последние годы проблема оптимальной стратегии лечения ФП стала особенно актуальной. Несмотря на то, что накоплен большой опыт антиаритмической терапии ФП, эффективность медикаментозного лечения этого нарушения сердечного ритма остается низкой. Таким образом, изучение механизмов формирования, особенностей клинического течения при различных нозологиях и выбор оптимальной тактики лечения ФП являются одними из наиболее актуальных вопросов современной кардиологии.

В последних рекомендациях Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов 2006 г. по ведению больных с ФП наиболее полно описаны различные стратегии лечения ФП и сформулированы четкие показания к назначению антитромботической терапии. Кроме того, появились новые данные о причинах развития ФП. В исследованиях последних лет было показано, что одним из важных звеньев патогенеза ФП является изменение анатомических свойств предсердий с последующей активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Способность ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов к ангиотензину II сдерживать нейрогуморальную активность уменьшает развитие фиброза и препятствует появлению новых эпизодов ФП. Таким образом, раннее назначение ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину II позволяет предотвратить появление ФП.

По сравнению с рекомендациями 2001 года в новых рекомендациях 2006 года отмечается приоритетность выбора тактики контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных с высоким риском тромбоэмболических осложнений или в возрасте старше 65 лет. При этом, основным направлением лечения данной группы пациентов должен быть выбор оптимального режима антитромботической терапии. Принцип назначе-

ния антитромботической терапии стал наиболее простым, а стратификация риска тромбоэмболических осложнений четко определяется числом факторов риска для конкретного больного. Абсолютными показаниями к назначению варфарина являются перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе и ревматический митральный стеноз. Для первичной профилактики тромбоэмболических осложнений при наличии у больного одного из факторов риска (возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность или сахарный диабет), возможно назначение как варфарина, так и аспирина. В этом случае препарат выбирают с учетом риска кровотечений, возможности адекватного контроля интенсивности антикоагуляции и предпочтений больного. Таким образом, оценка числа факторов риска позволяет врачу грамотно выбрать режим антитромботической терапии.

В рекомендациях Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов 2006 г. сформулирована стратегия восстановления синусового ритма в амбулаторных условиях (стратегия «таблетка в кармане»). Этот принцип терапии наиболее эффективен у пациентов с редкими пароксизмами ФП, когда в приеме постоянной антиаритмической терапии нет необходимости, а тактика лечения может сводиться только лишь к назначению купирующей антиаритмической терапии. Основная стратегия «таблетка в кармане» состоит в приеме однократной нагрузочной дозы антиаритмического препарата сразу после начала пароксизма ФП. Согласно рекомендациям Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов 2006 г. «для купирования персистирующей ФП в амбулаторных условиях у больных без дисфункции синусового или атриовентрикулярного узла, блокады ножки пучка Гиса, синдрома удлиненного интервала QT, синдрома Бругады или органического заболевания сердца возможно однократное пероральное применение пропафенона или флекаинида, если безопасность подобной терапии была установлена ранее в стационаре. Для предотвращения быстрого предсердно-желудочкового проведения в случае раз-

вития трепетания предсердий до назначения антиаритмических препаратов рекомендуется прием бета-адреноблокаторов или недигидропиридиновых антагонистов кальция» (Класс рекомендаций IIa, уровень доказательности C). В России флекаинид не используется, поэтому единственным препаратом для восстановления синусового ритма в амбулаторных условиях является пропафенон. Быстрое восстановление синусового ритма после приема нагрузочной дозы пропафенона и отсутствие необходимости в госпитализации позволяют значительно улучшить качество жизни больных. Таким образом, преимущества стратегии «таблетка в кармане» при приеме пропафенона состоят в быстром восстановлении синусового ритма самостоятельно больным в амбулаторных условиях, уменьшение стоимости затрат на медицинское обслуживание и улучшение качества жизни пациентов с ФП.

В рекомендациях 2006 г. рассматривается проведение катетерной аблации для сохранения синусового рит-

ма как одного из альтернативных методов лечения ФП наравне с медикаментозной терапией амиодароном. Безусловно, метод катетерной аблации является одним из наиболее перспективных направлений лечения ФП в будущем. Однако, несмотря на высокую эффективность этого метода, проведенные исследования не позволяют оценить абсолютную частоту сохранения синусового ритма, поэтому при решении вопроса о необходимости выполнения катетерной аблации следует учитывать как возможную пользу, так и потенциальный риск для больного.

Таким образом, в рекомендациях Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов 2006 г. по ведению больных с ФП представлены наиболее современные представления о патогенезе, диагностике и тактике лечения пациентов с ФП, что позволит практически врачу выбрать правильную стратегию лечения больного.

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Глубокоуважаемая редакция! Позвольте выразить искреннюю благодарность в связи с долгожданной публикацией международных рекомендаций по фибрилляции предсердий. В отечественной и зарубежной клинической практике последнее десятилетие наблюдается очевидный переход накопленных знаний в области лечения и профилактики фибрилляции предсердий на качественно новый уровень понимания проблематики, требующей адекватной и своевременной систематизации, что нашло отражение в опубликованном материале. После ознакомления с ним возникли некоторые критические замечания, возможно, требующие дальнейшего обсуждения российским медицинским научным сообществом.

Начать надо хотя бы с того, что само здравоохранение европейских стран и США, его организация принципиально отличается от российского. Основной отличительной чертой в этих странах является развитая законодательная и судебная медицинская практика. Если кратко, то практикующий врач в этих странах всегда имеет сертификат, дающий ему полную юридическую возможность применять ту или иную схему лечения. Система сертификации западных специалистов очень жесткая и многоэтапная. Сертифицированный зарубежный специалист по методу или по специальности, таким образом, защищен юридически. Рекомендации такого специалиста обязательны к исполнению и, как правило, мало зависят от мнения руководства. Такое понятие, как «главный врач», имеет в западных клиниках

преимущественно номинальное значение. Вот для таких врачей и написаны представленные практические рекомендации. Само понятие «рекомендации» имеет разный смысл для российских и зарубежных специалистов. Для западных коллег это действительно рекомендуемое, но не строго юридически обязательное, поэтому в рекомендациях и присутствуют классы и уровни доказательности. Для российского здравоохранения этот этап, похоже, еще не начинался, поэтому нет необходимых «инструкций к рекомендациям», отсутствуют правоприменительная практика и уровень юридической ответственности юридически слабо защищенного российского специалиста за правильное или неправильное назначение того или иного препарата, выбор метода лечения или ведения больного с ФП. Зарубежный кардиолог, к примеру, назначив широко распространенную в США и в России схему применения кордарона перед фармакологической кардиоверсией, всегда сумеет сослаться на результаты крупного доказательного исследования (и даже не одного) о превентивной эффективности этого препарата в случае его неэффективности. Сложнее обстоит дело с доказательной базой по сравнительному изучению эффективности отечественных антиаритмических препаратов (нибентан), не вошедших в данные рекомендации.

С уважением, В.С. Шерашов
Доктор медицинских наук, Ведущий научный сотрудник
Государственного научно-исследовательского
центра профилактической медицины Росздрава, Москва