

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