

УДК: 616.12-008.313.2-07-08

Европейский конгресс кардиологов 2010 года, новые рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь

Ключевые слова: фибрилляция предсердий

Новые рекомендации Европейской ассоциации кардиологов (ESC) по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) стало одним из новых руководств, представленных на ежегодном конгрессе ESC, который состоялся 28 августа-1 сентября 2010 года в Стокгольме. В этом документе нашли отражение данные доказательной медицины, полученные в ходе ряда международных исследований, посвященных проблеме фибрилляции предсердий, которые были опубликованы в период 2006-2010 годов.

Актуальность разработки нового руководства обусловлена тем, что ФП является наиболее распространенным хроническим аритмическим заболеванием, которое наблюдается у 1-2% людей в общей популяции. Прогнозируется в ближайшие 50 лет, с учетом увеличения продолжительности жизни населения, приблизительно двухкратное увеличение заболеваемости ФП. Кроме того, ФП в 5 раз увеличивает риск развития мозгового инсульта, значительно увеличивает вероятность повторного инсульта. Продемонстрировано также двухкратное увеличение уровня смертности у больных с ФП.

За последние годы была проведена масштабная исследовательская работа по изучению подходов к профилактике инсульта, полученные результаты повлияли на рекомендации, приведенные в Руководстве ESC 2010.

С учетом более четкого понимания динамики течения ФП, от доклинических проявлений до необратимой аритмии в терминальной стадии, появилось новое стратегическое направление – применение «upstream» терапии (терапии «против течения»), которая преследует цель замедления прогресси-

рования ФП, влияя не только на саму аритмию, но и на заболевание, лежащее в ее основе. Хотя в данных рекомендациях подчеркивается, что результаты такой стратегии пока ограничены, и требуют дальнейших исследований.

По прежнему, проведенные в эти сроки исследования, не продемонстрировали преимуществ какой либо стратегии ведения данной категории пациентов. Так, подчеркивается, что стратегическая цель поддержания синусового ритма не имеет явных преимуществ, по сравнению с подходом невмешательства в характер течения аритмии, за исключением ограничения частоты сокращения желудочков. Не было выявлено преимуществ и от жесткого контроля частоты сердечных сокращений. Но, наметились новые антиаритмические подходы, которые уже внесли некоторые изменения в данный документ, благодаря определенным дополнительным преимуществам.

Использование современных методов исследования, в том числе имплантированных петлевых регистраторов продемонстрировало высокую распространенность скрыто протекающей ФП. Приблизительно у трети всех пациентов наблюдается «асимптомная ФП», что так же потребовало отражения в рекомендациях задач мониторингования и скрининга таких пациентов.

В новом Руководстве нашли отражение преимущества некоторых нефармакологических методов лечения ФП, в частности, катетерной абляции. Получены существенные достижения в этом направлении, у некоторых пациентов использование такого метода лечения позволяет достигать «излечения» от ФП.

В Руководстве подчеркивается, что несмотря на то, что в основе рекомендаций ESC 2010 года лежат преимущественно международные данные, существуют определенные различия в доступности различных методов лечения, организации оказания помощи и в характеристиках самих пациентов в различных странах, что требует определенной модификации национальных стандартов, для возможности использования в различных клинических условиях.

Значительное внимание рекомендациях ESC 2010 года уделено вопросам эпидемиологии этого состояния, обсуждению «клинических последствий» ФП, таких как, частота инсульта, госпитализации, уровень смертности, качество жизни и трудоспособность, функция левого желудочка, вероятность развития которых, имеет не только клиническую, но и социальную значимость.

При обсуждении раздела заболеваний и состояний, способствующих развитию ФП, продемонстрировано, что наравне с традиционными причинами ФП, возрастает роль таких состояний, как старение организма, ожирение, сахарный диабет, хроническое обструктивное заболевание легких, синдром ночного апноэ, хроническая болезнь почек.

Подробно представлен раздел механизмов развития фибрилляции предсердий. Ведущими патофизиологическими механизмами, предшествующими возникновению ФП признаны воспалительные механизмы, гипотеза многочисленных мелких волн возбуждения, отмечена роль так же генетической склонности к появлению ФП.

В клиническом разделе диагностики и лечебной тактики у больных с ФП появились определенные изменения в трактовке клинических форм данной аритмии. Фибрилляция предсердий может существовать в виде следующих форм:

- 1 Впервые выявленная. Звучит, что каждый пациент, у которого впервые наблюдается ФП, должен рассматриваться как пациент с впервые диагностированной ФП, независимо от длительности аритмии или характера ее течения и тяжести симптомов.

2. Пароксизмальная ФП характеризуется тем, что приступы аритмии прекращаются самостоятельно, без внешнего вмешательства, и длятся обычно не более 48 часов. Хотя пароксизмы ФП могут продолжаться и до 7 суток, период до 48 часов является клинически значимым, поскольку по окончании этого периода времени вероятность спонтанной кардиоверсии становится низкой, и необходимо рассмотреть целесообразность назначения антикоагулянтной терапии.

3. Персистирующей ФП считается тогда, когда эпизоды ФП или длятся дольше 7 суток, или требуют внешнего вмешательства для их купирования.

4. Длительно существующая персистирующая форма ФП – та, которая длится более 1 года на момент, когда принимается решение об использовании стратегии контроля ритма.

5. Постоянной ФП называется тогда, когда паци-

ент (и врач) признают постоянное наличие аритмии. Таким образом, при постоянной форме не преследуется цель контроля ритма.

Кроме этого предложено классифицировать пациента, в зависимости от тяжести инвалидизирующих симптомов, связанных с ФП. Данная шкала предложена Европейской ассоциацией по вопросам сердечного ритма (European Heart Rhythm Association- EHRA):

Ehra I- отсутствие симптомов

Ehra II- легкие симптомы, которые не нарушают повседневную активность.

Ehra III- тяжелые симптомы, нарушающие обычную повседневную активность.

Ehra IV- инвалидизирующие симптомы, исключающие обычную повседневную активность.

Обращается внимание, что шкала EHRA учитывает только те симптомы, которые имеют отношение к ФП и исчезают или уменьшаются после восстановления синусового ритма или на фоне эффективного контроля частоты сердечных сокращений.

В разделе определения стратегии ведения пациента приведены результаты ряда международных исследований (AFFIRM, RACE, PIAF, STAF), которые не продемонстрировали преимуществ какой либо стратегии ведения пациентов. Так, и контроль синусового ритма и контроль частоты сердечных сокращений, по-прежнему звучат, как сопоставимые стратегии ведения пациентов, равнозначные по влиянию и на прогноз и на качество жизни.

Ни в одном из исследований не было продемонстрировано каких либо преимуществ терапии, направленной на контроль сердечного ритма, в отношении смертности пациентов, как это ожидалось при планировании этих исследований. Так результаты исследования AFFIRM показали, что неблагоприятный эффект антиаритмических препаратов (увеличение смертности на 49%) может нивелировать преимущества поддержания синусового ритма (которое было ассоциировано со снижением смертности на 53%), в то время когда результаты исследования RACE свидетельствуют о том, что сопутствующее заболевание сердца ухудшает прогноз более выражено, чем сама ФП.

Ведение пациентов с ФП преследует цель уменьшения симптоматики и предупреждения тяжелых осложнений, ассоциированных с ФП, в связи с чем начальная стратегия должна включать адекватную антитромботическую терапию и контроль частоты сердечных сокращений.

При принятии решения о восстановлении синусового ритма, по-прежнему могут быть использованы как медикаментозная, так и электрическая кардиоверсия. Метод неотложной электрической кардиоверсии используется прежде всего у пациентов с пароксизмальной или персистирующей ФП, сопровождающейся выраженными гемодинамическими осложнениями. Медикаментозная кардиоверсия рекомендуется больным с давностью ФП до 48 часов, при этом могут быть использованы ами-

одарон, флекаинид, ибутилид, пропафенон, вернакаланд. Данные рекомендации не считают целесообразным использование с целью кардиоверсии прокаинамида, хинидина, дизопирамида. У пациентов с давностью ФП свыше 48 часов или неуточненной давности предпочтение отдается плановой электрической кардиоверсии после соответствующей подготовки.

В разделе комбинированных стратегий отмечается, что предшествующая терапия амиодароном, флекаинидом, пропафеноном, ибутилидом или соталолом повышает вероятность успешной электрической кардиоверсии и снижает вероятность рецидивов, в то время когда бета-адреноблокаторы, верапамил, дилтиазем предшествующие электрической кардиоверсии, способствуют только контролю частоты сердечных сокращений.

Для поддержания синусового ритма могут быть использованы такие лекарственные средства, как дронедазон, пропафенон, соталол, амиодарон. При этом, амиодарон в большинстве случаев рассматривается как резервный препарат. Исключение составляют пациенты с гипертрофией миокарда и систолической дисфункцией левого желудочка, где амиодарон является средством выбора. Рекомендации по использованию с целью поддержания синусового ритма нового антиаритмического препарата дронедазона опираются на результаты исследований andromeda, ATHENA, которые продемонстрировали не только достаточный антиаритмический эффект этого препарата, но и возможность улучшать прогноз пациентов с ФП.

Для контроля частоты сердечных сокращений рекомендуется использование следующих препаратов: метопролол, бисопролол, атенолол, эсмолол, пропранолол, карведилол, верапамил, дилтиазем, дигоксин, амиодарон, дронедазон.

Учитывая, что жесткий контроль частоты сердечных сокращений не продемонстрировал дополнительных преимуществ, рекомендуется индивидуальное определение целевого уровня частоты сердечных сокращений, вплоть до 110 ударов в минуту, при условии отсутствия симптомов, связанных с тахисистолией.

Ряд новых аспектов содержит раздел профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с ФП. Для стратификации риска таких осложнений и определения метода профилактики предложена шкала CHA2DS2-VASc, согласно которой выделяются, так называемые, «серьезные факторы риска», оцениваемые в 2 бала, и «клинически значимые факторы риска», оцениваемые в 1 бал. К «серьезным факторам риска» отнесены возраст 75 и более лет и перенесенные инсульт, транзиторная ишемическая атака мозга, тромбоэмболии любых локализаций. В категорию «клинически значимых факторов риска» вошли застойная сердечная недостаточность, дисфункция левого желудочка, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сосудистая патология, возраст 65-74 года и женский пол.

У пациентов с уровнем риска тромбоэмболических осложнений 2 и более бала препаратом выбора признан варфарин, при уровне риска в 1 бал может быть использован как аспирин, так и варфарин, но преимущество имеет варфарин. У пациентов, не имеющих факторов риска, приведенных в шкале CHA2DS2-VASc, рассматриваются две стратегии – использование аспирина в дозе 75-325 мг или отсутствие антитромботической терапии, при этом отмечено, что преимущество имеет отсутствие антитромботической терапии.

Антитромботическая терапия в подавляющем большинстве случаев сопровождает и стратегию контроля синусового ритма. Так, для пациентов с ФП 48 часов и более или неизвестной давности, рекомендована терапия варфарином (МНО 2,0-3,0) в течении 3 недель перед кардиоверсией и 4 недель после нее, независимо от метода кардиоверсии. Включена рекомендация возможности более ранних сроков кардиоверсии, при условии контроля с применением трансэзофагеальной эхокардиографии, позволяющей исключить наличие тромбов в полостях сердца. У таких пациентов кардиоверсия может быть проведена немедленно после антикоагуляции гепарином, с последующим переводом на антагонист витамина К (АВК) в течении не менее 4 недель после кардиоверсии.

При необходимости неотложной кардиоверсии из-за нестабильной гемодинамики, рекомендовано введение нефракционированного гепарина внутривенно болюсно, после чего продолжается его введение инфузионно, или подобранная в зависимости от массы тела пациента терапевтическая доза низкомолекулярного гепарина (НМГ). Для пациентов с ФП, эпизод которой длится менее 48 часов, имеющих высокий риск инсульта, при проведении кардиоверсии в перипроцедурном периоде рекомендовано использование гепарина внутривенно или НМГ, после чего проводится длительная терапия АВК.

После острого коронарного синдрома с или без ЧКВ, у пациентов с ФП и низким риском геморрагических осложнений рекомендуется использование тройной антитромбоцитарной терапии на короткий промежуток времени (3-6 мес.), после чего проводится длительная терапия АВК и клопидогрелем (75 мг), в качестве альтернативы, с аспирином (75-100 мг), с использованием гастропротективного препарата – ингибитора протонной помпы, блокатора H2-рецепторов гистамина или антацида.

В качестве перспективных методов, обсуждается профилактика тромбоэмболических осложнений с использованием кардиохирургических устройств, а так же изучение эффективности дабигатрана и ривароксабана, как антитромботических агентов при ФП.

При обсуждении стратегии «Upstream» терапии, показано, что использование такой стратегии может способствовать снижению риска развития новой ФП, или, если ФП уже развилась, снижению риска ее рецидивирования или прогрессирования

до постійної ФП. Эти задачи помогает решить использование таких препаратов, как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона, статины, омега-3- полиненасыщенные жирные кислоты.

В целом экспертами ESC подчеркивается, что цель написания Руководства не только в интеграции наиболее современных исследований, но так же и в разработке инструментов для обучения врачей, программ внедрения рекомендаций в клиническую практику. Руководства и рекомендации должны помогать врачу в принятии решений в его повседневной клинической практике, но окончательное решение относительно лечения каждого отдельного пациента должен принимать сам врач, отвечающий за оказание помощи данному пациенту.

Литература

1. Конгресс Европейского кардиологического общества 2010. Новости доказательной медицины. / «Здоров'я України», №17 (246), сентябрь, 2010 год.
2. О.П. Жаринов. Лечение фибрилляции предсердий – рекомендации 2010

года / «Здоров'я України», №18 (247), сентябрь, 2010 год.

3. Holmes D.R., Kereiakes D.J., Kleiman N.S. et al. Combining antiplatelet and anticoagulant therapies. *J Am Coll Cardiol.* 2009; 54: 95-109.
4. Fei Gao, Yu Jie Zhou; Zhi Jian Wang et al. Comparison of Different Antithrombotic Regimen for Patient With Atrial Fibrillation Undergoing Drug-Eluting Stent Implantation. *Circulation Journal Vol.74, April 2010.*
5. Pirrone M., Mark J. Alberts, John A. Collwell, et al. Aspirin for Primary Prevention of Cardiovascular Events in People With Diabetes. A Position Statement of the American Diabetes Association, a Scientific Statement of the American Heart Association, and an Expert Consensus Document of the American College of Cardiology Foundation *Circulation.* 2010;121.
6. Baumgartner H., Bonhoeffer P., De Groot M. et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease/ The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehq249/
7. Гиляров М.Ю., Сулимов В.А. Дронедарон – антиаритмический препарат, позволяющий наметить новые цели в лечении больных с фибрилляцией предсердий. / «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» №6, 2010.
8. Connolly S.J.M., Crijns H.J.G.M., Trop-Pedersen C.M., et al. Analysis of Stroke in ATHENA: A Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel-Arm Trial to Assess the Efficacy of Dronedrone 400 mg BID for the Prevention of Cardiovascular Hospitalization or Death From Any Cause in Patient With Atrial Fibrillation / Arterial Flutter. *Circulation* 2009; 120:1174-80.
9. Davy J-M, Herold M, Hoggund C, et al. Dronedrone for the control of ventricular rate in permanent atrial fibrillation: The Efficacy and safety of Dronedrone for the control of ventricular rate during atrial fibrillation (ERATO) study. *Am Heart J* 2008; 156: 527-9.
10. Aronow W. Management of ventricular arrhythmias. *Minerva Cardioangiol.* 2010 Feb 5. (Epub ahead of print).
11. Torp – Pedersen C., Pedersen O., Kober L. Antiarrhythmic drugs safety first. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010>55 (15), 1577-1579
12. Van Gelder I., Groeneweld H., Crijns H. et al. Lenient versus strict rate control in patient with atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.*, 2010, 362,1363-1373.

Європейський конгрес кардіологів 2010 року, нові рекомендації з діагностики та лікування фібриляції передсердь.

О.М. Крючкова, О.А. Іцкова, Ю.О. Лутай.

У статті повідомляється про нові рекомендації Європейської асоціації кардіологів з ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь. У цьому документі знайшли відображення дані доказової медицини, отримані у ході міжнародних досліджень, присвячених проблемі фібриляції передсердь, які були опубліковані в період 2006-2010 років.

European congress of cardiologists 2010, new guidelines for diagnosis and treatment of atrial fibrillation.

O.N. Kryuchkova, E.A Itskova, Y.A. Lutai.

The article reports on the new guidelines of the European Association of Cardiologists management in patients with atrial fibrillation. This document reflects the evidence-based medicine data, obtained during a series of international studies on the problem of fibrillation atria, which were published in the period 2006-2010.