

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 новокаинамид (прокаинамид) 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, EAF, 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 абляции в устранении ФП и сохранении синусового ритма.

В Рекомендациях 2001 г. возможность применения катетерной абляции 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 абляция 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 абляции возможно и у больных ФП с хронической сердечной недостаточностью.

Не умаляя достоинств и эффективности метода катетерной абляции 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 абляции (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.