

**РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ 2010 ГОДА
ПО ЛЕЧЕНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ЧТО НОВОГО?***Северо-западный центр диагностики и лечения аритмий при Санкт-Петербургской государственной
медицинской академии им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург*

Рассматриваются особенности Рекомендаций Европейской ассоциации кардиологов 2010 года по лечению фибрилляции предсердий, анализируются изменения в тактике ведения больных, страдающих этой аритмией

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, антиаритмическая терапия, антикоагулянтная терапия, немедикаментозное лечение, контроль ритма, контроль частоты

The peculiar features of the European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation issued in 2010 are considered; the changes in the arrhythmia subjects' management are analyzed.

Key words: atrial fibrillation, antiarrhythmic therapy, anticoagulant therapy, non-medical treatment, rhythm control, rate control.

28 августа 2010 г. на Европейском конгрессе кардиологов в Стокгольме были представлены новые Рекомендации по лечению фибрилляции предсердий (ФП). В отличие от Рекомендаций 2001 г. и 2006 г., которые были сформулированы под патронажем Американского кардиологического колледжа, Американской ассоциации сердца и Европейской ассоциации кардиологов, Рекомендации 2010 г. - европейские: это документ Европейской ассоциации кардиологов, членом которой является Россия, наше Всероссийское научное общество кардиологов. Конечно, эти общеевропейские Рекомендации могут и должны быть адаптированы к условиям каждой конкретной страны Европы. Это, без сомнения, будет сделано и у нас. Но наши национальные Рекомендации могут быть приняты только на Съезде кардиологов, т.е. не ранее октября 2011 г. В то же время в сравнении с Рекомендациями 2006 г., которым мы следовали предыдущие 4 года и на базе которых были сформулированы российские Рекомендации Всероссийского научного общества аритмологов, в Рекомендациях ESC-2010 появился целый ряд существенных и очень важных отличий, на которые нельзя не обратить внимание; их необходимо учитывать в повседневной работе уже сейчас.

Начать, видимо, следует с того, что изменилась сама классификация ФП. Теперь предложено выделять следующие варианты ФП, являющиеся одновременно и стадиями развития (прогрессирования) заболевания.

Пароксизмальная ФП: ее продолжительность обычно в пределах 48 часов (но не более 7 суток), синусовый ритм (СР), как правило, восстанавливается самостоятельно.

Персистирующая ФП: продолжительность более 7 суток, СР обычно самостоятельно не восстанавливается (требуется фармакологическая или электрическая кардиоверсия).

Длительно существующая персистирующая ФП: продолжительность более 1 года, но принято решение о восстановлении СР и дальнейшей тактике его сохранения.

Постоянная (хроническая, перманентная) ФП: между врачом и пациентом существует соглашение о нецели-

лесообразности восстановления СР, при необходимости контролируется частота сердечных сокращений (ЧСС) и назначается адекватная антитромботическая терапия.

Как можно видеть, в классификации появилась длительно существующая персистирующая ФП. Видимо, наиболее актуальной такая формулировка может оказаться для двух категорий пациентов.

1. Больные без структурных изменений сердца или с минимальными структурными изменениями, у которых давность их впервые выявленной, обычно симптомной ФП неизвестна, в связи с чем принято решение о фармакологической или (более вероятно) электрической кардиоверсии и последующем сохранении СР.
2. Больные с симптомной ФП, у которых антиаритмическая терапия неэффективна, в связи с чем принято решение о немедикаментозном лечении (катетерной абляции).

Еще одним важным нововведением стала классификация симптомов ФП с помощью шкалы, предложенной EHRA (Европейской ассоциацией сердечного ритма). В соответствии с этой классификацией выделяется 4 класса тяжести ФП: I - отсутствие симптомов; II - легкие симптомы, обычная повседневная активность не нарушена; III - выраженные симптомы, обычная повседневная активность нарушена; IV - инвалидизирующие симптомы, обычная повседневная активность невозможна.

Предложенная классификация удивительным образом напоминает Нью-Йоркскую классификацию хронической сердечной недостаточности (ХСН). Еще большее сходство можно обнаружить при ее сравнении с классами тяжести ФП «SAF» - severity of atrial fibrillation, предложенными P.Dorian et al. в 2006 г.: класс 0 - отсутствие симптомов ФП; класс 1 - симптомы ФП оказывают минимальное влияние на качество жизни; класс 2 - небольшое влияние на качество жизни; класс 3 - умеренное влияние на качество жизни; класс 4 - выраженное влияние на качество жизни. Так или иначе, предложенное выделение классов тяжести представляется весьма удачным и полезным так как именно тяжесть симптомов ФП становится определяющей в выборе лечебной тактики: контроль ритма или

контроль ЧСС, целесообразность медикаментозного контроля ЧСС при хронической ФП, необходимость немедикаментозного лечения ФП и т.д.

Небольшим, но существенным изменениям подвергся раздел, освещающий вопросы медикаментозного восстановления СР. В Рекомендациях ESC 2010 г. речь идет только о недавно развившейся ФП продолжительностью менее 48 часов. При этом выбор антиаритмических препаратов ограничен амиодароном, флекаинидом, ибутилидом, пропafenоном и вернакалантом (перечисление в соответствии с английским алфавитом). Необходимо напомнить, что ни флекаинид (антиаритмик IC подкласса), ни ибутилид (препарат III класса) до настоящего времени не зарегистрированы в России. То же касается и сравнительно нового антиаритмического препарата вернакалант (селективного блокатора натриевых и калиевых каналов в предсердиях), зарегистрированного в Европе лишь в конце июня 2010 г. Таким образом, мы располагаем лишь амиодароном (внутривенно медленно 5 мг/кг в течение 1 часа, далее 50 мг в час) и пропafenоном (450-600 мг перорально или 2 мг/кг в течение 10 минут). Есть основания полагать, что парентеральная форма пропafenона вновь будет зарегистрирована в нашей стране в ближайшее время.

На рис. 1 представлен рекомендованный простой алгоритм восстановления СР при недавно развившейся ФП. В соответствии с этим алгоритмом при наличии нестабильной гемодинамики СР восстанавливается, естественно, с помощью электрической кардиоверсии. Если гемодинамика не страдает, то для пациентов с наличием органического заболевания сердца (артериальная гипертензия - АГ, ишемическая болезнь сердца - ИБС, ХСН) показано внутривенное введение амиодарона, в отсутствие структурных изменений - пропafenона и отсутствующего у нас флекаинида. Откровенно говоря, эти рекомендации, скажем мягко, не в полной мере отражают нашу, российскую действительность. При обсуждении национальных рекомендаций можно ожидать дискуссии по поводу возможности использования таких антиаритмических препаратов, как (в первую очередь) нибентан, а также прокаинамид и хинидин.

В новых Рекомендациях представлен также еще один, более развернутый алгоритм восстановления СР при ФП разной продолжительности (рис. 2). Он, пожалуй, не содержит каких-либо новых сведений, но зато является со-

вершенно четким и последовательным, отражающим необходимость в использовании прямых и непрямых антикоагулянтов (НА). Из этого алгоритма, в частности, следует, что для профилактики тромбоэмболий введение гепарина (возможно использование низкомолекулярного или нефракционированного гепарина) перед восстановлением СР необходимо даже при продолжительности ФП менее 48 часов. Кроме того, при продолжительности ФП 48 часов и более отказ от назначения НА на 3 недели перед восстановлением СР возможен не только при наличии urgentных показаний в связи с расстройствами гемодинамики. При плановой кардиоверсии также допускается восстановление СР с предварительным введением прямых антикоагулянтов в тех случаях, когда по данным чреспищеводной эхокардиографии не выявлено тромбов в ушке левого предсердия. Однако назначение НА в течение 4-х недель после восстановления СР остается обязательным.

Раздел, посвященный антиаритмической терапии для сохранения СР, предврен весьма примечательным и очень важным вступлением. В нем сформулированы



Рис. 1. Медикаментозная кардиоверсия при недавно развившейся фибрилляции предсердий (ФП).



Рис. 2. Кардиоверсия при фибрилляции предсердий (ФП), где НА - непрямые антикоагулянты; ЧПЭхоКГ - чреспищеводная эхокардиография; ЛП - левое предсердие; СР - синусовый ритм; ФР - факторы риска; ЧСС - частота сердечных сокращений.

очевидные, но от этого ничуть не менее актуальные принципы длительного лечения ФП с помощью антиаритмиков. Вот эти принципы.

1. Основанием для антиаритмической терапии является уменьшение симптомов ФП.
2. Эффективность антиаритмических средств, которые используют для контроля синусового ритма, скромная.
3. Эффективная антиаритмическая терапия обычно приводит к урежению, а не к полному прекращению рецидивов ФП.
4. Если антиаритмический препарат оказывается неэффективным, то пациент может ответить на другой препарат.
5. Часто отмечаются аритмогенные или экстракардиальные побочные эффекты.
6. Выбор антиаритмического препарата должен в первую очередь определяться безопасностью, а не эффективностью.

Действительно, трудно не согласиться с тем, что, назначая антиаритмические препараты, мы рассчитываем на улучшение качества жизни наших пациентов. Нельзя не отметить, правда, что по крайней мере для одного из антиаритмиков - дронедарона - доказано еще и его влияние на «конечные точки», в первую очередь госпитализации по сердечно-сосудистым причинам и сердечно-сосудистую смертность. Очевидно и то, что ни один препарат, включая амиодарон, к сожалению, нельзя считать высокоэффективным, а также то, что мы не в состоянии с помощью антиаритмической терапии полностью устранить рецидивы ФП. Принципиально важным является напоминание о возможном проаритмическом действии при назначении любого антиаритмического препарата, и сделанный из этого вывод: первоочередной задачей является безопасность лечения, а не его эффективность.

Что же касается собственно антиаритмической терапии, то она представлена такой же схемой, как и в Руководствах 2001 г. и 2006 г. (рис. 3). Как можно видеть, по-прежнему выделены две основные группы пациентов: с наличием структурных изменений сердца

и с их отсутствием (или минимальными структурными изменениями). Группа больных со структурными изменениями подразделяется на подгруппы пациентов с АГ, ИБС и ХСН. Основных изменений в сравнении со «старыми» Рекомендациями три.

Во-первых, пациенты с АГ разделены на имеющих и не имеющих гипертрофию левого желудочка, причем лечение последних не отличается от лечения больных без структурных изменений сердца. Напомним, что в Рекомендациях 2001 г. эти больные делились на имеющих толщину стенки левого желудочка менее 14 мм и 14 мм и более, а в Рекомендациях 2006 г. - на подгруппы с выраженной и невыраженной гипертрофией левого желудочка. Во-вторых, пациенты с ХСН разделены на больных с ХСН I-II ф.кл. и III-IV ф.кл. (а также с «нестабильной» ХСН II ф.кл.). В прежних Рекомендациях, как известно, ХСН на группы не разделялась. Наконец, в-третьих, наряду с хорошо знакомыми антиаритмическими средствами для контроля ритма, впервые появился антиаритмик III класса дронедазон (под торговым названием Мультак® в ближайшее время будет зарегистрирован в России) и сразу занял ведущие позиции. Он стал препаратом первой линии антиаритмической терапии (наряду с пропафеноном, флекаинидом и соталолом) для лечения больных без структурных изменений сердца или минимальными структурными изменениями, с АГ и гипертрофией левого желудочка, с ИБС (наряду с соталолом) и со «стабильной» ХСН I-II ф.кл. Такая позиция дронедазона связана, видимо, не столько с его эффективностью (очевидно, что это не самый эффективный антиаритмик), сколько, как уже упоминалось выше, с продемонстрированным в крупном исследовании «ATHENA» его влиянием на «конечные точки»: помимо упоминавшихся выше снижения госпитализаций по сердечно-сосудистым причинам и сердечно-сосудистой смертности, дронедазон снижал частоту острого коронарного синдрома и инсультов.

Единственная клиническая ситуация, при которой дронедазон не рекомендован к применению, это ХСН III-IV ф.кл. и «нестабильная» ХСН II ф.кл.



Рис. 3. Протекторная антиаритмическая терапия при фибрилляции предсердий, где АГ - артериальная гипертензия; ИБС - ишемическая болезнь сердца; ХСН - хроническая сердечная недостаточность; ГЛЖ - гипертрофия левого желудочка.

При этом для ХСН III-IV ф.кл. причина ограничений очевидна. Она связана с результатами исследования «ANDROMEDA», в котором было показано, что смертность пациентов с тяжелой декомпенсированной ХСН и выраженной дисфункцией левого желудочка (ФП не была критерием включения!) в группе дронедарона была выше, чем в группе плацебо.

Возникают некоторые вопросы в отношении «нестабильной» ХСН II ф.кл. Главный из них - что, собственно, имеется в виду?! Можно предположить, что в тех случаях, когда ведущей жалобой пациента при обращении к врачу является усугубление одышки (при выполнении обычной физической нагрузки, как и положено при ХСН II ф.кл.), то именно такую ХСН и следует считать «нестабильной». Если же ведущей жалобой у больного с ХСН II ф.кл. является аритмия, то ХСН «стабильна», из чего, в частности, следует, что дронедарон может быть рекомендован. Еще один вопрос, остающийся открытым: а если ХСН удалось стабилизировать на уровне II ф.кл., дронедарон можно назначать? И если можно, то через какое время после стабилизации?

Возвращаясь к группе пациентов без структурных изменений сердца или с минимальными структурными изменениями, хотелось бы обратить внимание на известные ранее, но четко сформулированные особенности лечения этих больных. Речь идет об адренергическом и ваготоническом вариантах ФП. При первом из них в порядке исключения первой линией терапии могут быть бета-адреноблокаторы, при их неэффективности - соталол и, далее, дронедарон. При втором - препаратом выбора является дизопирамид, не зарегистрированный в России в настоящее время. Можно полагать, что в национальных рекомендациях его место вполне способен занять лаппаконитина гидробромид (аллапинин).

Заканчивая обсуждение стратегии сохранения СР, необходимо отметить возросшую роль немедикаментозных методов лечения. Теперь при определении лечебной тактики для пациентов без структурных изменений сердца или с минимальными структурными изменениями интервенционное лечение (катетерная абляция - изоляция устьев легочных вен) может оказаться уже первым выбором наряду с антиаритмической терапией. Класс рекомендаций, правда, пока невысок - 2Б.

Можно предположить, что в первую очередь интервенционное лечение показано тем пациентам с пароксизмальной ФП, у которых высокая эктопическая активность: большое количество одиночных (в том числе ранних, «Р на Т»), парных, групповых экстрасистол, эпизодов эктопической предсердной тахикардии. Чаще всего их источником являются мышечные муфты в устьях легочных вен. Если же экстрасистол немного, то, видимо, основная про-

блема - «электрическое» ремоделирование предсердий. Более целесообразно начинать лечение таких больных с антиаритмической терапии, изоляция вен (во всяком случае без дополнительных линий в предсердиях) в такой ситуации вряд ли будет эффективной.

Раздел Рекомендаций, посвященный контролю ЧСС при хронической ФП, подвергся, казалось бы, небольшому, но по сути - вполне революционным изменениям. Причина их в большой степени связана с результатами субисследований «AFFIRM» и «RACE». В первом из них было убедительно показано, что частота госпитализаций по сердечно-сосудистым причинам не зависит от ЧСС. Здесь, видимо, следует напомнить, что для больных с ФП доказана непосредственная взаимосвязь между частотой госпитализаций и смертностью.

Во втором исследовании было продемонстрировано то, что ЧСС не влияет на достижение больными «совокупной конечной точки» (она включала в себя сердечно-сосудистую смертность, ХСН, тромбоэмболические осложнения, кровотечения, необходимость в имплантации электрокардиостимулятора, нежелательные лекарственные реакции).

Таким образом, была подвергнута сомнению необходимость в достижении «любой ценой», медикаментозно или с помощью абляции атриовентрикулярного узла с имплантацией электрокардиостимулятора, привычных нам и, казалось бы, оптимальных значений ЧСС (60-80 в 1 мин в покое и 115-140 в 1 мин при физической нагрузке). Эти новые представления о контроле ЧСС отражены на рис. 4. В соответствии с представленной схемой больные с ФП делятся на имеющих и не имеющих выраженные симптомы (самое время вспомнить о шкале симптомов ФП EHRA, см. выше). При отсутствии выраженных симптомов ФП необходим менее жесткий контроль ЧСС. Следовательно, при хорошем самочувствии пациента ЧСС в покое 100-110 в 1 мин - не повод для назначения больших доз бета-блокаторов, сердечных гликозидов или недигидропиридиновых кальциевых антагонистов, и уж тем более не повод для абляции с имплантацией стимулятора. Такое лечение под контролем холтеровского мониторирования и тестов с физической нагрузкой показано больным с выраженной симптоматикой.

Выбор медикаментозной терапии для них обусловлен их образом жизни, что продемонстрировано на



Рис. 4. Оптимальный контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС), где ФН - физическая нагрузка; ФА - физическая активность; ХМ - холтеровское мониторирование.

рис. 5. Из рисунка следует, что при неактивном образе жизни пациентам могут быть назначены сердечные гликозиды (дигоксин). При активном образе жизни рекомендации зависят от заболевания, на фоне которого развилась ФП. Если таковое отсутствует или у больного АГ, начинать лечение следует с бета-блокаторов, при их неэффективности назначать верапамил или дилтиазем, далее - дигоксин (возможна, как известно, комбинация дигоксина с бета-блокаторами или антагонистами кальция). Пациентам с ХСН назначаются бета-блокаторы, при неэффективности или недостаточной эффективности - дигоксин. При хронической обструктивной болезни легких препаратами выбора, естественно, являются верапамил и дилтиазем, далее - дигоксин и в последнюю очередь - высокоселективные бета-блокаторы.

Весьма радикальным образом пересмотрена часть Рекомендаций, посвященная антитромботической терапии. Следует, видимо, напомнить историю вопроса. В Рекомендациях 2001 г. была предложена т.н. шкала CHADS₂, в которой были представлены факторы риска тромбоэмболий: ХСН с дисфункцией левого желудочка, АГ, возраст 75 лет и старше, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака. За каждый из факторов риска начислялся 1 балл, за последний (ишемический инсульт или динамическое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе) - 2 балла. Максимальная сумма баллов - 6. При количестве баллов 2 и более больному положено было назначать НА (варфарин).

В Рекомендациях 2006 г. дополнительно факторы риска были разделены на слабые, умеренные и высокие. К слабым (менее убедительным) риск-факторам были отнесены женский пол, возраст от 65 до 74 лет, ИБС и тиреотоксикоз. К умеренным риск-факторам - возраст 75 лет и более, АГ, ХСН, фракция выброса 35% менее, сахарный диабет. К высоким (сильным) риск-факторам - предшествующие инсульты, транзиторные ишемические атаки или эмболии, митральный стеноз, протезы клапанов сердца. В соответствии с наличием и характером факторов риска были предложены принци-

пы выбора антитромботической терапии. При отсутствии таковых рекомендовалось назначение аспирина в суточной дозе 81-325 мг. При наличии одного умеренного риск-фактора можно было назначить или аспирин в суточной дозе 81-325 мг, или варфарин под контролем международного нормализованного отношения (МНО) в диапазоне 2,0-3,0 (целевое МНО 2,5). Наконец, при наличии какого-либо высокого риск-фактора или более чем одного умеренного - рекомендовался варфарин (МНО 2,0-3,0, целевое МНО - 2,5). Больным с механическим протезом клапана рекомендовался варфарин с целевым МНО более 2,5.

В Рекомендациях 2010 шкалу CHADS₂ по-прежнему рекомендовано использовать для первоначальной оценки риска инсульта как особенно удобную для врачей общей практики и неспециалистов. Как и раньше, если индекс CHADS₂ составляет по крайней мере 2, рекомендуется терапия НА (целевой диапазон МНО 2,0-3,0). Но для пациентов с индексом CHADS₂ 0-1 предложено проводить более детальную оценку риска инсультов с учетом других факторов риска тромбоэмболий в соответствии с новой шкалой - CHA₂DS₂-VASc. В ней были выделены следующие факторы риска: ХСН с дисфункцией левого желудочка, АГ, возраст 75 лет и старше, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака (а также тромбоэмболии), болезни сосудов (инфаркт миокарда, бляшка в аорте и заболевание периферических артерий, включая реваскуляризацию, ампутацию или ангиографические изменения), возраст 65-74 года и женский пол. За каждый из факторов риска начисляется 1 балл, за ишемический инсульт (динамическое нарушение мозгового кровообращения и тромбоэмболии) и возраст от 75 лет - 2 балла. Максимальная сумма баллов - 9. В Рекомендациях предложена схема назначения антитромботической терапии в соответствии со шкалами CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc. Но приводить ее необязательно, т.к. суть остается прежней. При количестве баллов 2 и более больному положено назначать НА (варфарин), при 1-м набранном балле - аспирин в суточной дозе 75-325 мг или НА. Принципиальная разница заключается в том, что при наличии одного фактора риска предпочтительно должно отдаваться назначению НА.

Изменилась тактика также в отношении пациентов без факторов риска. Если раньше мы им, как правило, назначали аспирин в суточной дозе 81-325 мг, то сейчас возможна альтернатива: аспирин в суточной дозе 75-325 мг или отсутствие антитромботической терапии. При этом не лечить - предпочтительно!

Помимо новой шкалы факторов риска тромбоэмболий, в новых Рекомендациях впервые появилась шкала, отражающая риск кровотечений и получившая название HAS-BLED. Она включила в себя следующие факторы риска: АГ (1 балл), дисфункция почек и печени (по 1 баллу), инсульт (1 балл), кровотечение (1 балл), лабильное МНО (1 балл), возраст более 65 лет (1 балл), наркотики или алкоголь (по 1 баллу). Мак-

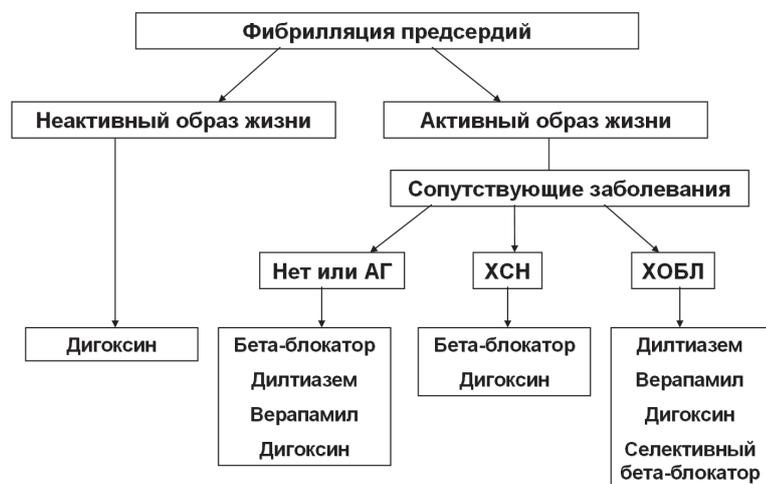


Рис. 5. Выбор медикаментозной терапии для контроля частоты сердечных сокращений, где АГ - артериальная гипертензия; ХСН - хроническая сердечная недостаточность; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

симально возможное количество баллов - 9. Риск кровотечений считается высоким при количестве баллов 3 и более.

Очевидно, что при высоком риске кровотечений назначение НА будет особенно опасным. Кроме того, возможности назначения варфарина могут быть ограничены, например, низким комплайнсом, невозможностью регулярного контроля МНО и др. В Рекомендациях 2010 г. указано на возможную альтернативу назначению НА. Одной из таких возможностей является использование комбинации двух антиагрегантов: аспирина и клопидогреля. Дословно в Рекомендациях по этому поводу написано следующее: если пациент отказывается от приема НА или имеются очевидные противопоказания к их назначению (например, неспособность адекватно контролировать антикоагуляцию), а риск кровотечений низкий, показана комбинированная терапия аспирином 75-100 мг и клопидогрелем 75 мг/сут (класс рекомендаций IIА).

В основе возможности использования двух антиагрегантов лежат результаты исследований «ACTIVE A» и «ACTIVE W», в которых было показано, что аспирин+клопидогрель уступают по эффективности варфарину (при сходном риске кровотечений), но превосходят аспирин+плацебо.

Еще одной альтернативой назначению НА становится дабигатран этексилат, прямой ингибитор тромбина. Он уже зарегистрирован в России (торговое название Прадакса®), но пока с показаниями «профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий у больных после ортопедических операций». В октябре 2010 г. дабигатран был зарегистрирован FDA как средство профилактики тромбозов и тромбоэмболий при ФП. Это стало возможным, в частности, по результатам исследования «RE-LY», в котором была продемонстрирована его более высокая в сравнении с варфарином эффективность при более высокой или сходной (в зависимости от дозы) безопасности и отсутствии необходимости в рутинном лабораторном контроле. Можно ожидать, что в России с новыми показаниями он будет зарегистрирован в 2011 г.

При низком риске кровотечений (количество баллов по шкале HAS-BLED 0-2) дабигатран назначается в дозе 150 мг 2 раза в день. При более высоком риске кровотечений (количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3) - 110 мг 2 раза в день. Наконец, при наличии 1 балла по шкале CHA2DS2-VASc - также 110 мг 2 раза в день.

Шкала HAS-BLED была использована также в формировании появившегося впервые детального алгоритма назначения антитромботической терапии, отражающего особенности клинических ситуаций при выполнении стентирования пациентам с ФП. В соответствии с этим алгоритмом больные также разделены на группы с низким или средним риском кровотечений (HAS-BLED 0-2) и высоким риском кровотечений (HAS-BLED ≥ 3).

Низкий или средний риск кровотечений

При плановом вмешательстве и выборе стента без покрытия на 1 месяц назначается тройная терапия: НА (МНО 2,0-2,5) + аспирин ≤ 100 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут. Далее пожизненно монотерапия НА (МНО 2,0-3,0).

При выборе стента с покрытием указанная выше тройная терапия назначается на 3 месяца. Далее до 12 месяцев сохраняется комбинированная терапия НА (МНО 2,0-2,5) и клопидогрелем 75 мг/сут (или аспирином 100 мг/сут). Затем НА (МНО 2,0-3,0) назначаются пожизненно.

При остром коронарном синдроме (ургентная реваскуляризация) вне зависимости от выбора стента тройная терапия (см. выше) назначается на 6 месяцев. Далее до 12 месяцев - комбинированная терапия НА и клопидогрелем или аспирином (см. выше). НА (МНО 2,0-3,0) назначаются пожизненно.

Высокий риск кровотечений

При плановом вмешательстве и выборе стента без покрытия на 2-4 недели назначается тройная терапия (см. выше). Далее пожизненно НА (МНО 2,0-3,0).

При остром коронарном синдроме (ургентная реваскуляризация) и выборе стента без покрытия на 4 недели назначается тройная терапия (см. выше), далее до 12 месяцев комбинированная терапия (см. выше), затем пожизненно: НА (МНО 2,0-3,0).

В завершение обсуждения Рекомендаций ESC 2010 г. остановимся на изменившихся представлениях о профилактике ФП - «Upstream-терапии». С высоким классом рекомендаций (IIА) для первичной профилактики ФП (т.е. больным, у которых ФП еще не было) предложено использовать ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II. Они могут быть назначены пациентам с ХСН и сниженной фракцией выброса, а также больным с АГ (особенно с гипертрофией левого желудочка).

Еще одна группа препаратов, рекомендуемых для первичной профилактики ФП - это статины. С высоким классом рекомендаций (IIА) они могут быть назначены после аортокоронарного шунтирования (в том числе в сочетании с вмешательствами на клапанах). Меньше доказательств в отношении их пользы (класс рекомендаций IIБ) - для первичной профилактики ФП у пациентов с ХСН и другими заболеваниями сердца. Назначение всех перечисленных групп препаратов с целью первичной профилактики ФП больным без сердечно-сосудистых заболеваний не показано.

В отношении пользы Upstream-терапии для вторичной профилактики ФП (т.е. в тех случаях, когда пароксизмальная или персистирующая ФП у пациентов уже имеется) доказательств пока несколько меньше, чем для первичной. С невысоким классом рекомендаций (IIБ) назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II возможно у пациентов с рецидивирующей ФП, которые получают антиаритмическую терапию, а также у больных с пароксизмальной и персистирующей ФП без серьезного заболевания сердца, которым проводится электроимпульсная терапия, если имеются другие показания к назначению препаратов этих классов (например, АГ).

Не накоплено к настоящему времени достаточных доказательств для того, чтобы рекомендовать для первичной или вторичной профилактики ФП такие группы препаратов, как полиненасыщенные жирные кислоты и антагонисты альдостерона.