

Лечение фибрилляции предсердий — рекомендации 2010 года

На конгрессе Европейского кардиологического общества (ESC), проходившем с 28 августа по 1 сентября в г. Стокгольме (Швеция), были озвучены новые рекомендации по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий. Об основных особенностях этих рекомендаций рассказал профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Иосифович Жаринов.



О.И. Жаринов

— Конгресс Европейского кардиологического общества стал крупнейшим событием в европейской кардиологии текущего года. В общей сложности в работе форума приняли участие около 25 тыс. человек. Обращает на себя внимание и тот факт, что участие в мероприятиях такого масштаба становится все более доступным для отечественных специалистов, а это означает, что более доступной становится самая свежая информация.

Рекомендации по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в последние годы регулярно обновляются. Это объясняется повышенным вниманием к данной проблеме, представлением результатов последних исследований, появлением новых доказательных данных по различным аспектам ведения больных.

На сегодняшний день ФП является одной из важнейших проблем кардиологии в связи с высокой распространенностью и риском развития серьезных осложнений. Так, количество больных, страдающих этой патологией, в популяции достигает 2% и более. В новых рекомендациях не только рассмотрено применение антиаритмических препаратов, но также затрагиваются различные аспекты профилактики тромбоэмболических осложнений и сердечной недостаточности (СН).

На протяжении 12 лет регулярного обновления рекомендаций происходила постепенная эволюция классификации ФП

В первых редакциях рекомендаций как отдельная форма выделен «первый эпизод ФП»; позже пересматривались критерии «персистирующей формы ФП». В рекомендациях 2010 г. впервые появился термин «длительный персистирующий эпизод ФП». Согласно определению, речь идет о продолжительном эпизоде ФП (1 год или более), при наличии возможности восстановления у пациента синусового ритма.

Следует отметить, что в реальной практике мы не так часто принимаем решение о восстановлении синусового ритма у пациентов, у которых эпизод ФП длится более 1 года. Это связано с риском развития тромбоэмболических осложнений, а также с тем, что большая продолжительность мерцательной аритмии сама по себе является предиктором низкой вероятности восстановления и сохранения синусового ритма. Однако в ряде случаев, когда имеются корригируемые причины возникновения ФП, после их устранения удается восстановить сердечный ритм. Например, потенциально возможно восстановить синусовый ритм после проведения протезирования митрального клапана у пациентов

с митральным пороком сердца (особенно у молодых людей без выраженной дилатации левого предсердия). Кроме того, в ряде случаев при достаточно длительном анамнезе ФП ритм восстанавливается с помощью радиочастотных катетерных вмешательств. В этих ситуациях применение в клинической практике термина «длительный персистирующий эпизод ФП» вполне оправданно.

Сделан акцент на оценке выраженности симптомов ФП, их влиянии на качество жизни и подход к терапии

Второй аспект, который впервые отражен в новых рекомендациях, связан с оценкой выраженности ФП в зависимости от степени клинических проявлений. В результате выделено 4 класса симптомов ФП, охватывающих весь спектр возможных проявлений — от полного отсутствия симптоматики (I класс) до выраженных инвалидирующих симптомов (IV класс).

Данная позиция представляется чрезвычайно важной, поскольку именно выраженность симптомов является определяющим фактором качества жизни пациентов с ФП. С другой стороны, ведение больных в значительной степени зависит от клинической симптоматики. Если течение ФП сопряжено с инвалидирующими симптомами, трудно представить ведение такого пациента без антиаритмической терапии. В то же время тактика ведения больных, у которых отмечается бессимптомное течение ФП или симптомы мало выражены, должна быть достаточно осторожной, а основной акцент в лечении должен быть сделан на предотвращении тромбоэмболических осложнений, контроле частоты сердечных сокращений и профилактике возникновения симптомной сердечной недостаточности. В лечении таких пациентов обычно не используются антиаритмические препараты, за исключением β-адреноблокаторов.

Необходима оценка динамики состояния больного при длительном наблюдении; подчеркнута ее влияние на подход к терапии

Следующий аспект, который отражен в рекомендациях и, возможно, не всегда оценивается адекватно, — это динамика состояния пациентов с ФП. Так, у пациента могут появляться новые факторы риска или, наоборот, антикоагулянтная терапия может стать ненужной после проведенной кардиоверсии. Кроме того, динамика состояния пациента может проявляться в изменении выраженности клинических симптомов, появлении факторов повышенного риска аритмогенных осложнений.

Важным аспектом динамики состояния пациента с ФП может быть

прогрессирование от пароксизмальной до персистирующей или перманентной ФП. В таком случае может возникнуть необходимость в принципиальном изменении тактики ведения, например, переход от контроля ритма сердца до контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) и профилактики тромбоэмболических осложнений. Так, длительная антиаритмическая терапия у конкретного больного может быть заменена, например, β-блокаторами и препаратами из группы сердечных гликозидов для лечения СН. Следует отметить, что эффективность и адекватность контроля ЧСС является важнейшим аспектом, который необходимо контролировать у пациентов с ФП.

Впервые четко определены приоритеты в ведении больных с ФП

Согласно новым рекомендациям на первом этапе ведения пациентов с ФП необходимо зарегистрировать само нарушение ритма, определить выраженность симптомов, фоновые заболевания. На втором этапе следует оценить тромбоэмболический риск и при необходимости назначить антикоагулянтные средства. Третий этап заключается в решении вопросов контроля ЧСС или профилактики пароксизмов ФП. В зависимости от этого рассматривается вопрос о применении антиаритмических средств или только препаратов для контроля ЧСС, а возможно — катетерных методов лечения. На четвертом этапе рассматривается необходимость коррекции фонового заболевания, например: у больных с СН необходимо применение блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, а у пациентов с ишемической болезнью сердца — препаратов из группы статинов.

Внесены изменения в шкалу градации риска тромбоэмболических осложнений

Шкала CHADS₂, к которой специалисты успели привыкнуть в течение последних 9 лет, пополнилась новыми категориями. Дополнительными факторами риска признаны такие: наличие сосудистого заболевания, возраст (55-74 года), женский пол. Интерпретация обновленной шкалы, получившей название CHADS₂-VASc, принципиально не изменилась. Так, пациенту, набравшему 2 балла, в обязательном порядке показаны антикоагулянты; 1 балл — могут использоваться антикоагулянты или антиагреганты, хотя впервые в рекомендациях четко обозначено, что предпочтение в данном случае отдается антикоагулянтам. В случаях, когда оценка по шкале <1 балла (обычно у молодых лиц без сопутствующих факторов риска), пациент может принимать небольшие дозы ацетилсалициловой кислоты либо

вообще не получать антикоагулянтной терапии.

Говоря о применении антикоагулянтов в лечении ФП, следует отметить, что в исследованиях последних лет фигурировал не только варфарин, но и новые препараты — пероральные ингибиторы тромбина, а также ингибиторы фактора Ха. На данный момент препараты этих групп уже имеют доказательную базу по применению у больных с ФП. Так, на конгрессе ESC в этом году были обнародованы результаты исследования, которые показали большую эффективность препарата из группы ингибиторов фактора Ха (апиксабана) по сравнению с ацетилсалициловой кислотой у пациентов, имеющих противопоказания к применению варфарина.

Помимо оценки факторов риска тромбоэмболических осложнений, решение о применении антикоагулянтов или антиагрегантов зависит от риска кровотечений, который количественно оценивается у больных с ФП по шкале HAS-BLED. К сожалению, в реальной практике часто оказывается, что факторы риска тромбоэмболических осложнений и риска кровотечений пересекаются. Так, в обеих шкалах в качестве факторов риска указаны артериальная гипертензия, инсульт, пожилой возраст пациента.

Следует отметить, что при наличии у больного 3 баллов по шкале риска кровотечений необходима особая осторожность в применении антикоагулянтной терапии. Вместе с тем пациентам, у которых имеются несомненные показания к применению антикоагулянтов, эти препараты должны быть назначены даже при наличии факторов риска кровотечений.

Метод чреспищеводной эхокардиографии и прямые антикоагулянты используются для ускоренной подготовки пациента к кардиоверсии

Традиционная подготовка к кардиоверсии заключается в длительном применении антикоагулянтной терапии. Однако исследование ACUTE II убедительно показало, что кардиоверсия может быть ускорена, если с помощью чреспищеводной эхокардиографии не удается выявить у пациента признаков наличия тромба; предполагается применение низкомолекулярного гепарина непосредственно перед вмешательством. Однако подобный подход не исключает необходимости дальнейшего применения антикоагулянтной терапии (в течение 4 недель после проведения кардиоверсии). Далее в зависимости от наличия факторов риска решается вопрос о целесообразности продолжения терапии антикоагулянтами или ее отмены. Приятно отметить, что данная тактика лечения уже достаточно апробирована в украинских клиниках.

Контроль частоты сердечных сокращений должен быть менее агрессивным. Выбор тактики контроля ЧСС зависит от образа жизни пациента

В рекомендациях 2006 г. были жестко определены целевые уровни ЧСС: 60-80 уд/мин в состоянии покоя. Тем не менее реальная клиническая практика, а также ряд исследований свидетельствовали о разной переносимости пациентами так называемых целевых уровней ЧСС. Так, у некоторых больных агрессивное снижение ЧСС приводит к ухудшению гемодинамических параметров и качества жизни в целом. В новых рекомендациях отражены результаты исследования RACE II, показавшего, что агрессивный контроль ЧСС (<80 уд/мин в покое), по крайней мере, не обеспечивает лучших исходов, чем мягкий контроль ЧСС (<110 уд/мин). Было отмечено, что если у пациента достигнутый показатель ЧСС <110 уд/мин приводит к исчезновению симптомов аритмии, результат терапии можно считать достигнутым. Если же сохраняются симптомы, связанные с частым сердцебиением, нужно продолжить титрование доз препаратов, используемых для контроля частоты ЧСС, с тем чтобы достичь уровней, при которых состояние пациента оптимизируется.

В обновленных рекомендациях года также указано, что выбор тактики контроля ЧСС зависит от образа жизни больного. Если пациентам с малоподвижным образом жизни может быть достаточно назначения сердечных гликозидов, то при выборе препаратов для лиц, ведущих активный образ жизни, важно учитывать наличие фонового заболевания (СН, артериальной гипертензии). Например, если речь идет о СН, сердечные гликозиды обычно сочетают с β-блокаторами.

Необходим учет состояния вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов без тяжелого структурного заболевания сердца

Этот интересный аспект отражен в новых рекомендациях впервые, хотя и ранее учитывался специалистами. Так, если у пациентов имеются признаки адренергической гиперактивности симпатoadренальной системы, их лечение логично начинать с β-адреноблокаторов. При доминировании парасимпатической регуляции, когда у пациента наблюдаются вагусные пароксизмы (обычно ночные с незначительной тахисистолией), в новых рекомендациях как препарат выбора указан дизапирамид (в настоящее время не зарегистрирован в нашей стране). В то же время в лечении пациентов с неопределенным преобладанием адренергической или вагусной регуляции могут использоваться как минимум три применяемых в Украине препарата – дронедазон, пропafenон и соталол, – а при их неэффективности – амиодарон.

Сформированы два алгоритма, касающиеся подходов к контролю ритма у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП

Согласно алгоритму, посвященному тактике антиаритмической терапии, у пациентов с идиопатической ФП или минимально выраженными структурными изменениями миокарда лечение должно начинаться с профилактики возможного ремоделирования миокарда. С этой целью применяются ингибиторы

АПФ, сартаны, статины и β-блокаторы. И только при неэффективности указанных препаратов осуществляется выбор одного из доступных в Украине антиаритмиков (дронедазон, пропafenона, соталола; препарат резерва – амиодарон).

При наличии выраженного структурного поражения миокарда лечение также начинается с коррекции фонового заболевания, а также факторов, которые могут привести к его прогрессированию. Далее осуществляется выбор антиаритмического средства. Например, при ИБС без СН могут применяться дронедазон и соталол, у пациентов с мягкой сердечной недостаточностью (I ФК) – дронедазон, а при его неэффективности – амиодарон. (В данной ситуации нет места для антиаритмических препаратов I класса.) При тяжелой СН препаратом первого выбора (и по сути единственным применимым в этом случае) является амиодарон (если нет противопоказаний – в сочетании с β-адреноблокаторами).

В новых рекомендациях четко разграничены показания к катетерным методам лечения при фоновом заболевании сердца, а также у пациентов с минимальными структурными изменениями миокарда

В частности, при наличии фонового заболевания сердца терапия, как правило, начинается с профилактики пароксизмов с помощью антиаритмических препаратов, и лишь при их неэффективности рассматривается вопрос о катетерной абляции; в то же время у пациентов без тяжелых структурных изменений сердца этот метод может применяться значительно раньше.

Предполагается, что как можно более раннее проведение катетерной абляции может быть более эффективным, поскольку длительный анамнез пароксизмальной ФП ассоциируется с меньшей эффективностью катетерных процедур. Очень существенно то, что катетерная абляция должна в этом случае использоваться раньше, чем терапия амиодароном, поскольку речь идет о пациентах молодого или среднего возраста без структурного заболевания сердца, для которых потенциальный риск побочных эффектов, свойственных амиодарону, более значим, чем для больных пожилого возраста с ФП на фоне СН.

В целом новые рекомендации значительным образом отразили эволюцию знаний в области лечения ФП. Сегодня те решения, которые ранее принимались интуитивно, приобрели форму алгоритмов, и многие аспекты ведения пациентов основаны на доказательных данных. Конечно, процесс развития рекомендаций на этом не завершится, ведь многие аспекты ведения пациентов с ФП являются спорными. В частности, до конца не решены вопросы, связанные с интервенционными методами, преимуществами и недостатками применения антиаритмических препаратов в разных клинических ситуациях, темпами подготовки пациента к кардиоверсии. В настоящее время продолжается целый ряд исследований, посвященных вопросам профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с ФП, применению новых антитромботических средств. И сегодня наша задача состоит в том, чтобы по возможности максимально внедрить в клиническую практику новые рекомендации, большинство положений которых доступны для применения в Украине.

Подготовила **Катерина Котенко**

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»^{©®}

Редакционная коллегия

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой госпитальной терапии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца
- О.Я. Бабак**, д.м.н., профессор, директор Института терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН и РАМН, заместитель директора по научной работе Института геронтологии НАМН Украины
- Б.М. Венцковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца
- А.П. Виктор**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии лаборатории функциональной диагностики ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., профессор, директор Института сексопатологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины
- Ю.И. Губский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой биоорганической, биологической и фармацевтической химии НМУ им. А.А. Богомольца
- Д.И. Заболотный**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, главный отоларинголог МЗ Украины
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный детский нефролог МЗ Украины
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, главный крдиолог, ревматолог и терапевт МЗ Украины
- В.В. Корпачев**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины
- В.Г. Майданник**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии НМУ им. А.А. Богомольца
- Б.Н. Маньковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, ректор Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова
- В.И. Паньків**, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., профессор, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., профессор, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, директор Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор Института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины
- Н.В. Харченко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии и диетологии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный гастроэнтеролог МЗ Украины
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заместитель директора Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета

Учредитель – Иванченко Игорь Дмитриевич

ИЗДАТЕЛЬ – ООО «ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ»

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»^{©®}

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР **Людмила Жданова**
 ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР **Эльвира Сабадаш**
 ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР **Светлана Сай**
 НАЧАЛЬНИК МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛА **Алексей Терещенко**
 МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР **Ольга Радучич**
 ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ **Оксана Петренко**
Галина Теркун
 НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА **Андрей Почтаренко**
 ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА **Тамара Музыка**
Сергей Чепур
Елена Дудко
 ФОТОКОРРЕСПОНДЕНТ **Милана Ткаченко**
 НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ **Наталья Семенова**
 МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ **Инна Голово**
Юлия Башкирова
Владимир Жданов
 АССИСТЕНТ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА **Зоя Федирко**
 НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА **Ивалин Крайчев**

Свідоцтво КВ №15650-4122П від 03.09.2009р.
 Индекс издания: 35272

Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов. За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы. Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.

📄 – материалы, публикуемые на правах рекламы.

📄 – авторские материалы.

Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции. Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес для писем:

03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.
 E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактные телефоны:

Редакция **391-54-71, 391-54-77**
 Отдел рекламы **391-54-72, 391-54-73(74)**
 Отдел подписки и распространения **391-54-76**

Газета отпечатана в ООО «Юнивест-Принт», г. Киев-54, ул. Дмитриевская, 44-б.

Подписана в печать 30.09.2010 г.
 Заказ № ---/--- Тираж **40 000 экз.**

Юридически подтвержденный тираж.