



V НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СЕМІНАР
«ДНІ АРИТМОЛОГІЇ В КИЄВІ»
21-22 листопада 2013 року

Діагностика і лікування желудочкових аритмій I ступеня

Главный специалист МЗ Украины по специальности «Функциональная диагностика», профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Олег Иосифович Жаринов представил доклад, посвященный вопросам диагностики желудочковых тахикардий (ЖТ).

— Прежде чем определить тактику лечения пациента с пароксизмальной тахикардией, следует определить механизм аритмии (автоматическая или реципрокная), оценить ее течение (пароксизмальная, постоянная, обратимая), длительность (пробежки, нестабильная, стойкая), а также прогноз (доброкачественная, потенциально злокачественная, злокачественная).

Большое значение имеет определение морфологии ЖТ: мономорфная, полиморфная или возникающая на фоне удлинения интервала QT. Так, в случае мономорфной ЖТ назначаются новокаиномид или амиодарон. Основой лечения пациентов с полиморфной ЖТ и удлиненным интервалом QT является кардиостимуляция и назначение электролитов (магния и калия). У пациентов с полиморфной ЖТ без удлиненного интервала QT лечение преимущественно включает бета-блокаторы, лидокаин и амиодарон.

Для того чтобы оценить перспективы остановки мономорфной ЖТ и ее лечения с помощью катетерных процедур, необходимо знать, на фоне какого заболевания возникла ЖТ, и самое главное — определить локализацию ее источника. Сделать предположение о локализации источника ЖТ можно на основании результатов электрокардиографии (ЭКГ) (например, по смещению электрической оси сердца). Точную информацию о локализации источника ЖТ мы можем получить только при проведении электрофизиологического картирования.

Тактика ведения пациентов с полиморфной ЖТ зависит от этиологии аритмии, а также от длительности интервала QT. Очень важна своевременная диагностика ЖТ с удлиненным корригированным интервалом QT (>500 мс) по типу «пируэт», которые часто выявляются случайно при Холтеровском мониторинге ЭКГ у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) или сердечной недостаточностью (СН). Следует отметить, что наличие ЖТ, ассоциированной с эпизодами острой ишемии миокарда, является основанием для проведения коронарографии и дальнейшей реваскуляризации миокарда, которая, предположительно, может повлиять на прогноз таких больных.

При отсутствии удлинения интервала QT наиболее распространенными причинами возникновения полиморфной ЖТ являются ишемия или перенесенный инфаркт миокарда (наличие рубца). Гораздо реже мы сталкиваемся с синдромом Бругада и катехоламинергической полиморфной ЖТ. Основой диагностики синдрома Бругада, безусловно, являются изменения ЭКГ. Однако следует учитывать и такие важные критерии, как наличие полиморфной ЖТ, частые синкопе, индукция ЖТ, семейный анамнез внезапной смерти в возрасте до 40 лет, эпизоды ночного апноэ.

У пациентов с ЖТ и синдромом Бругада I типа (классическим) единственным методом профилактики вне-



Дні аритмології в Києві

21-22 ноября 2013 г. в ГУ «Институт сердца МЗ Украины» (г. Киев) состоялся V научно-практический семинар «Дни аритмологии в Киеве», в ходе которого обсуждались наиболее актуальные вопросы ведения пациентов с нарушениями ритма сердца.

запной смерти является имплантация кардиовертера дефибриллятора (КД).

Катехоламинергическая полиморфная ЖТ является одной из причин внезапной смерти у лиц молодого возраста при занятиях спортом и больших физических нагрузках. Очевидно, в этих случаях следует не только назначать антиаритмические препараты (ААП), но и рассмотреть вопрос об установке КД.

Показаниями I класса к установке КД согласно международным рекомендациям являются:

- вторичная профилактика после эпизодов внезапной остановки сердца, фибрилляции желудочков (ФЖ) или стойкой ЖТ, синкопе неизвестного генеза;
- высокий риск внезапной смерти, обусловленный наличием удлиненного интервала QT, синдрома Бругада, гипертрофической кардиомиопатии;
- инфаркт миокарда (≥ 40 дней) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <30-40% и функциональным классом (ФК) по NYHA II-III;
- наличие дилатационной кардиомиопатии, ФК по NYHA II-III, ФВ $\leq 30-35\%$.

В целом, лечение ЖТ в наибольшей степени показано пациентам с клинически значимыми нарушениями ритма, ухудшающими прогноз.

Профессор кафедры семейной медицины Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, руководитель Волынского областного центра кардиоваскулярной патологии и тромбозиса, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Ягенский в выступлении осветил вопросы стратификации риска и лечения ЖТ.

— Специфические маркеры риска внезапной смерти у пациентов с ЖТ на сегодня не определены, поэтому сохраняют актуальность факторы, не связанные непосредственно с нарушением ритма: ФВ при СН, структурные изменения в ЛЖ, наличие ишемических событий и, в определенной степени, возраст. Эти факторы были определены в ходе крупных клинических и популяционных исследований, их роль отражена в классификации ЖТ по J.T. Bigger. Согласно этой классификации ЖТ по прогностической значимости делятся на опасные (фибрилляция желудочков — ФЖ, стойкая тахикардия), потенциально опасные и неопасные (к последним двум категориям относятся экстрасистолы и эпизоды нестойкой тахикардии). Таким образом главным критерием разделения ЖТ на потенциально опасные и неопасные является не характер аритмии, а структурные изменения в сердце, в первую очередь гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ), дилатация ЛЖ, рубцовые изменения.



Соответственно, тактику лечения пациентов с ЖТ определяет не только наличие, характер и прогностическое значение нарушения ритма, но и состояние сердечно-сосудистой системы в целом. Это в полной мере относится и к выбору ААП. При наличии структурных изменений в сердце основными препаратами для лечения пациентов с ЖТ являются бета-блокаторы, амиодарон, антиаритмические препараты (например, базовая терапия СН, артериальной гипертензии — АГ), другие ААП в этих ситуациях противопоказаны. При отсутствии структурных изменений в сердце выбор ААП более широк, включая антиаритмики I класса.

Возможности стратификации риска у пациентов с ЖТ профессор А.В. Ягенский продемонстрировал на примере клинических случаев, которые обсуждались путем интерактивного голосования.

Возможности стратификации риска у пациентов с ЖТ профессор А.В. Ягенский продемонстрировал на примере клинических случаев, которые обсуждались путем интерактивного голосования.

Клинический случай № 1

Пациент М., 45 лет, с контролируемой АГ, жалобами на периодические (2-3 раза в неделю) перебои в работе сердца. На ЭКГ зарегистрированы одиночные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ).

С какого обследования следует начинать обследование этого пациента?

1. Мониторинг ЭКГ по Холтеру
2. Эхокардиография (ЭхоКГ)

3. «Событийное» мониторирование
4. Гормоны щитовидной железы
5. Проведение теста с нагрузкой
6. Выполнение коронарографии

Комментарий А. Я.: правильные ответы — холтеровское мониторирование и ЭхоКГ — получены, соответственно, в 42 и 45% случаев. Первоочередной задачей в данной ситуации является проведение ЭхоКГ как мето-

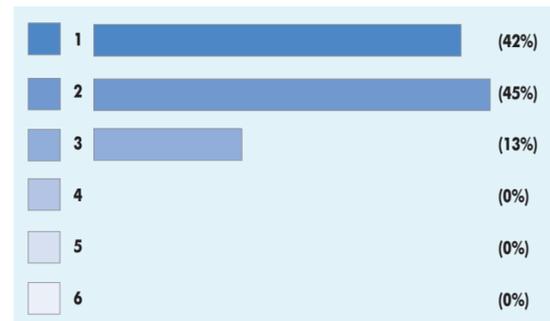


Рис. 1. Результаты интерактивного голосования

да, позволяющего определить причину нарушения ритма и ответить на вопрос, насколько активным должно быть лечение.

В стационаре пациенту проведена ЭхоКГ, обнаружена диастолическая дисфункция ЛЖ. Результаты теста с нагрузкой негативные, что свидетельствует об отсутствии активной ишемии; выявлены одиночные экстрасистолы при осуществлении мониторинга ЭКГ по Холтеру. Гормоны щитовидной железы в норме.

Выбор тактики ведения пациента.

1. Тщательный контроль за частотой экстрасистол в домашних условиях
2. Терапия АГ
3. Лечение аритмии

Комментарий А.Я.: большинство (77%) участников голосования дали правильный ответ — ведение этого пациента следует начинать с лечения АГ с применением бета-блокаторов. Тщательный контроль за частотой

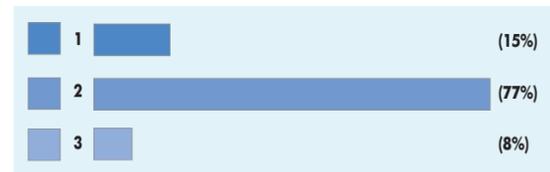


Рис. 2. Результаты интерактивного голосования

экстрасистол в домашних условиях является в этом случае неоправданной тактикой, поскольку результаты контроля не предоставят дополнительной полезной информации, но в то же время увеличат уровень тревоги пациента. Поскольку у пациентов без структурных изменений в сердце ЖЭ не имеют прогностического значения, то лечение аритмии в данной ситуации нецелесообразно.

Клинический случай № 2

Пациент П., 55 лет, с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП; на протяжении последних 5 лет), с СН (функциональный класс II-III по NYHA), ФВ 34%. Получает эналаприл в дозе 15 мг/сут, бисопролол 7,5 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут и фуросемид. Последние 2 мес предъявляет жалобы на частую экстрасистолию, которая плохо переносится, и кратковременные приступы сердечбиений длительностью до 1 мин.

Какое обследование следует назначить в первую очередь такому пациенту?

1. ЭхоКГ
2. Мониторинг ЭКГ по Холтеру
3. Исследование уровня электролитов крови
4. Исследование уровня натрийуретического пептида
5. Проведение теста с физической нагрузкой

Комментарий А.Я.: учитывая наличие диагноза ДКМП, результаты повторного ЭхоКГ будут для врача малоинформативны. Поскольку нарушение ритма возникло на фоне приема диуретика, целесообразным яв-

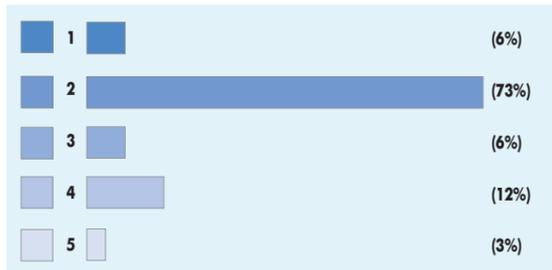


Рис. 3. Результаты интерактивного голосования

ляется исследование уровня электролитов крови. Безусловно, мониторингирование ЭКГ по Холтеру и повторную ЭхоКГ также следует включить в план обследования.

Согласно результатам исследований, проведенных в стационаре, уровень электролитов оказался в норме. Во время мониторингирования ЭКГ по Холтеру зарегистрированы ЖТ – в основном элементы пробежек, стойкие эпизоды ЖТ не выявлены.

Какое лечение следует выбрать для профилактики внезапной смерти у пациента?

1. Бета-блокатор
2. Амiodарон
3. Пропафенон
4. Соталол
5. Имплантируемый КД (ИКД)

Комментарий А.Я.: 49% участников голосования ответили правильно – такому больному показан имплантируемый КД. Пропафенон относится к ААП I класса, для которых доказано негативное влияние на прогноз пациентов,

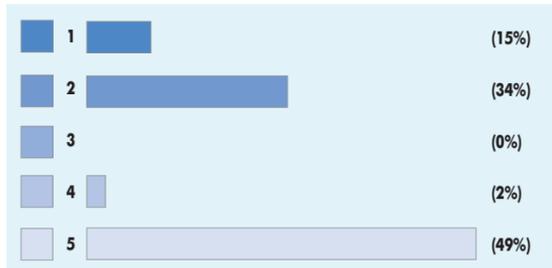


Рис. 4. Результаты интерактивного голосования

перенесших инфаркт миокарда (ИМ). В исследовании SWORD показано увеличение риска смерти у пациентов, которые перенесли ИМ, с наличием СН или ФВ <40% при применении d-соталола, поэтому к вопросу использования соталола у таких больных следует подходить крайне осторожно. В исследовании CAST продемонстрировано отрицательное влияние ААП I класса (флекаинид, этацизин) на смертность у больных после ИМ. Единственным ААП, который не ухудшал прогноз у пациентов с СН, является амiodарон. Однако и этот препарат проигрывает в сравнении с ИКД, для которого доказано достоверное влияние на выживаемость больных с СН II-III класса по NYHA и ФВ <35% (исследование SCD-HeFT). В соответствии с современными рекомендациями по установке водителей ритма и проведению сердечной ресинхронизирующей терапии, пациенту показана имплантация КД.

Необходимо ли такому пациенту после установки имплантируемого КД при сохранении симптомов аритмии назначать ААП, если да, то какой препарат выбрать?

1. Амiodарон
2. Пропафенон
3. Соталол
4. Бета-адреноблокатор

Комментарий А.Я.: назначение ААП при сохранении симптомов аритмии оправданно. Поскольку у больного имеются выраженные структурные изменения в сердце, то ему противопоказаны все ААП, кроме амiodарона и бета-

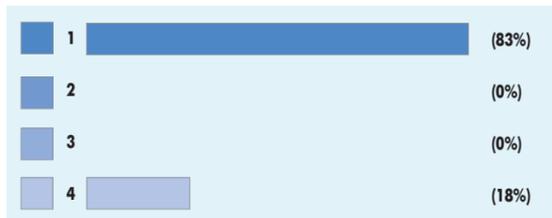


Рис. 5. Результаты интерактивного голосования

блокатора. Учитывая, что пациент уже получает бисопролол в дозе 7,5 мг/сут, нет оснований полагать, что увеличение дозы препарата обеспечит необходимый эффект. Целесообразно добавить амiodарон, контролируя ход лечения.

Клинический случай № 3

Пациент Б., 58 лет, с ИМ с подъемом ST (ИМПСТ) передней локализации, госпитализированный через 1,5 ч после появления симптомов. ФЖ зарегистрирована че-

рез 15 мин после госпитализации, успешно проведена дефибрилляция. Во время выполнения тромболитической терапии (ТЛТ) наблюдались частые ЖЭ и пробежки ЖТ, которые оценили как реперфузионные. Через 3 ч после проведения ТЛТ регистрировались только одиночные ЖЭ.

Как следует осуществлять профилактику нарушенного ритма у такого больного в палате интенсивной терапии (ПИТ)?

1. Инфузия лидокаина
2. Внутримышечное введение лидокаина через 6 ч
3. Инфузия амiodарона
4. Дигоксин внутривенно
5. «Поляризующая» смесь
6. Бета-блокаторы

Комментарий А.Я.: в большинстве случаев (49%) дан правильный ответ – для профилактики возникновения аритмий в ПИТ такому больному показана инфузия амiodарона. Бета-блокаторы назначают па-

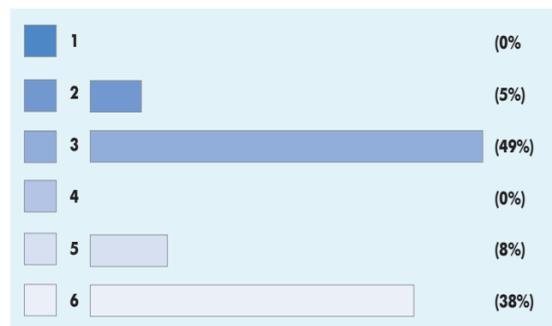


Рис. 6. Результаты интерактивного голосования

циентам с СН независимо от наличия или отсутствия ФЖ в соответствии со стандартами лечения. Однако профилактическая инфузия амiodарона и бета-блокатора в данной ситуации нецелесообразна – такая тактика может быть рассмотрена после осуществления успешной реанимации, тогда как у этого пациента проведена успешная дефибрилляция. Что касается поляризующей смеси, то результаты анализа исследований OASIS 6 и GREAT-ECLA с достаточно большим количеством пациентов с ИМПСТ (почти 23 тыс.) показали, что введение глюкозо-инсулин-кальциевой смеси не оказывает влияния на выживаемость (R. Diaz, 2007).

Применение дигоксина, согласно современным стандартам ведения пациентов с ОКС, противопоказано в связи с высоким риском возникновения желудочковых аритмий (ЖА). Использование лидокаина у пациентов с ОКС не рекомендовано, поскольку наряду с уменьшением вероятности развития ФЖ/ЖТ возрастает риск смерти (вероятно, за счет брадикардий). Однако в рассматриваемом клиническом случае ответ по поводу применения лидокаина может быть не однозначным, так как пациент перенес ФЖ.

Какое обследование следует назначить пациенту перед выпиской?

1. ЭхоКГ
2. Мониторирование ЭКГ по Холтеру
3. Тест с нагрузкой
4. Коронарография
5. Все перечисленные обследования

Комментарий А.Я.: «все перечисленные обследования» – правильный ответ, который дали 65% врачей. Следует отметить, что после удачного ТЛТ коронаро-

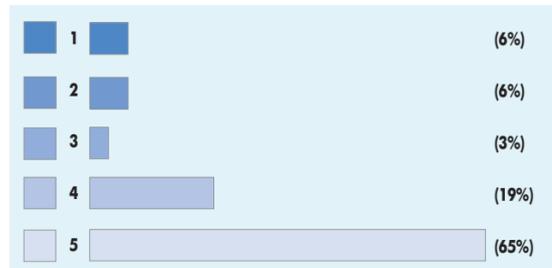


Рис. 7. Результаты интерактивного голосования

графию необходимо провести на протяжении первых суток после процедуры; более позднее проведение этого исследования также целесообразно для выбора дальнейшей тактики независимо от результатов нагрузочного теста.

Какой метод лечения следует выбрать для профилактики фатальных аритмий у такого пациента после выписки?

1. ИКД
2. Амiodарон
3. Бета-блокатор
4. Амiodарон + бета-блокатор

Комментарий А.Я.: с одной стороны, ЖТ ухудшает прогноз пациентов с ОКС, с другой – показано, что риск внезапной смерти у таких больных зависит от времени появле-

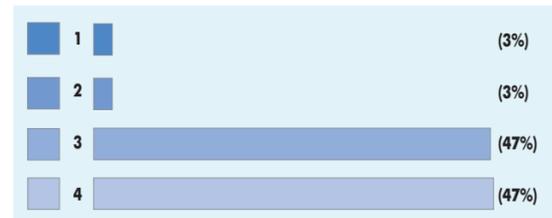


Рис. 8. Результаты интерактивного голосования

ния эпизодов ЖТ. В исследовании В.М. Scirica и соавт. (2010) показано, что ЖТ и даже ФЖ, которые возникали в первые 48 ч развития ОКС не имели прогностического значения. Несмотря на то что частота аритмий в этот период наиболее высокая, они в меньшей мере влияют на прогноз по сравнению с аритмиями, возникающими спустя 48 ч от развития ОКС. Таким образом, в данной ситуации достаточно назначить пациенту бета-блокатор в адекватной дозе.

Лечение пациентов с фибрилляцией предсердий

Академик НАМН Украины, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2, ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Георгий Викторович Дзяк** особое внимание уделил вопросам проведения радиочастотной абляции (РЧА) при фибрилляции предсердий (ФП). РЧА является наиболее перспективным и стремительно развивающимся методом лечения этого заболевания. Эффективность РЧА при пароксизмальной и персистирующей ФП составляет 60-95%. Различные методы абляционной терапии постоянной формы ФП помогают восстановить ритм у 65-80% больных.

Академик Г.В. Дзяк подчеркнул, что выбор между антиаритмической терапией и абляцией левого предсердия, а также выбор ААП для контроля ритма у пациентов с ФП зависит от наличия/выраженности структурного заболевания сердца и формы ФП (рис. 9).

Актуальным вопросом сегодня является правильный отбор пациентов с ФП для проведения РЧА.

О критериях эффективности РЧА в лечении ФП рассказал профессор **О.И. Жаринов**, отметив, что для постановки вопроса о проведении абляции следует объективно оценить течение ФП и убедиться в том, что частота и тяжесть пароксизмов ФП оправдывает проведение вмешательства, которое само по себе может привести к фиброзу миокарда.

Пациенты с постоянной формой ФП не относятся к категории больных, у которых целесообразно поведение РЧА. Данную процедуру следует рассмотреть у лиц с синусовым ритмом, пароксизмальной формой ФП, молодого или относительно молодого возраста, с небольшим размером левого предсердия и неудачным опытом лечения ААП. При этом важно правильно трактовать достигнутые на фоне терапии ААП результаты: назначение ААП можно расценивать как неэффективное в случае отсутствия эффекта при приеме адекватных доз препаратов и использовании их комбинаций (амiodарон с бета-блокаторами и т.д.). При снижении частоты пароксизмов с ежедневных до 2 приступов в мес применение ААП следует расценивать как удачное.

Если пациент отвечает всем вышеперечисленным критериям, настроен на проведение РЧА, и наличие у него ФП оказывает серьезное влияние на качество жизни, существует большая вероятность того, что процедура абляции станет для него единственной реальной возможностью улучшения качества жизни, повышения эффективности ААП в случае продолжения их приема и увеличения периода до формирования постоянной формы ФП.

Профилактика тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП

Академик Г.В. Дзяк отметил в своем выступлении, что ФП – заболевание, сопряженное с высокой вероятностью развития инсульта, и степень риска в значительной степени зависит от длительности ФП. Важным аспектом ведения пациентов с ФП является антитромботическая терапия с использованием антикоагулянтов, которая рекомендована таким больным с целью профилактики тромбоэмболических осложнений, исключая лиц с низ-

Продолжение на стр. 36.

Дни аритмологии в Киеве

Продолжение. Начало на стр. 34.

ким риском развития данных состояний или с противопоказаниями к применению антикоагулянтов. Антикоагулянтная терапия не показана пациентам с неклапанной ФП в возрасте до 65 лет с низким риском инсульта (0 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc).

Таким образом, решение о назначении антикоагулянтов при ФП должно быть основано на оценке риска тромбоэмболий, а не на типе, частоте, длительности или клинических симптомах аритмии.

Колоссальным шагом вперед в современной фармакотерапии стало внедрение в клиническую практику новых оральных антикоагулянтов (НОАК), которые имеют ряд преимуществ перед варфарином, таких как простота применения и более высокая безопасность. Однако не все аспекты использования НОАК у пациентов с ФП на сегодня полностью изучены. Так, доказательную базу эффективности и безопасности НОАК у таких больных перед изоляцией легочных вен имеет в настоящее время только прямой ингибитор тромбина дабигатран, тогда как для ингибиторов Ха фактора не накоплено достаточного количества данных по их использованию перед катетерной абляцией. В стадии изучения находится возможность применения НОАК при пороках сердца, искусственных клапанах сердца, беременности. Кроме того, при назначении НОАК следует учитывать множество других важных моментов, одним из которых является взаимодействие с препаратами, часто применяемыми у пациентов с ФП (табл.).

Кроме препаратов, указанных в таблице, пациенты с ФП нередко принимают антиагреганты. Сочетание одного из антиагрегантов с НОАК (как и при комбинированном приеме с варфарином) повышает риск кровотечений минимум на 60%, а одновременное назначение двойной антикоагулянтной терапии и антикоагулянта увеличивает риск кровотечений в 2 раза. (EHRA, 2013). К нерешенным проблемам в области применения НОАК относятся более высокий по сравнению с варфарином риск негативных последствий при пропуске дозы, что следует учитывать при выборе препарата у пациентов с плохой приверженностью к лечению. Отсутствие антител для большинства НОАК и не до конца изученные возможные лекарственные взаимодействия через систему Р-гликопротеина и CYP3A4 являются дополнительным поводом для врачей обратить внимание на то, что следует вдумчиво подходить к использованию этих лекарственных средств у каждого конкретного пациента.

Альтернативой длительной антикоагулянтной терапии при ФП может быть установка устройства Watchman Device для окклюзии ушка левого предсердия

(УЛП) – процедуры, которая в исследовании PROTTECT AF продемонстрировала не меньшую эффективность по сравнению с применением варфарина в снижении риска развития инсульта. Кроме того, возможность отмены варфарина означала уменьшение вероятности возникновения кровотечений, связанных с длительной антикоагулянтной терапией.

Профессор О.И. Жаринов напомнил историю развития антикоагулянтной терапии при ФП, которая достаточно быстро эволюционировала на протяжении последних 12 лет. Так, в 2001 году, когда для оценки риска инсульта у пациентов с ФП была предложена шкала CHADS (2), назначение антикоагулянтной терапии зависело от ответа на вопрос – достаточно ли высока степень риска развития инсульта для использования данного вида лечения. В 2010 г. идеология антикоагулянтной терапии у больных с ФП изменилась: согласно современным представлениям, использование пероральных антикоагулянтов целесообразно у большинства таких пациентов, что и отражено в усовершенствованной шкале риска CHA₂DS₂-VASc, в соответствии с которой часть больных с ФП, имеющих 1 балл по шкале риска CHADS (низкая степень риска, отсутствие необходимости использования антикоагулянтов), приобретают 2 и более баллов, следовательно, переходят в категорию более высокого риска и нуждаются в назначении антикоагулянтов. Шкала CHA₂DS₂-VASc по сравнению с ранее принятой шкалой отличается более жесткими показаниями к применению антикоагулянтов, большим количеством факторов риска и ориентирует врачей прежде всего на поиск пациентов, не нуждающихся в назначении антикоагулянтов.

Для проведения антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП существуют три принципиальных показания: подготовка к кардиоверсии при персистирующей форме ФП; постоянная профилактика при постоянной форме ФП или после кардиоверсии; особые ситуации (лечение декомпенсации кровообращения), при которых

ФП является дополнительным основанием для назначения антикоагулянтных препаратов.

В современных рекомендациях предложены два варианта ведения больных с ФП с точки зрения проведения антикоагулянтной терапии. Один из них основывается на использовании чреспищеводной эхокардиографии (ЧП ЭхоКГ), которая обеспечивает визуализацию УЛП – основного источника тромбов у пациентов с ФП – и позволяет ускорить кардиоверсию в случае отсутствия тромба. При наличии тромба в УЛП осуществляют лечение антагонистами витамина К (МНО 2,0-3,0) и повторяют ЧП ЭхоКГ. В клиниках, не имеющих возможности проводить ЧП ЭхоКГ, допускается применение другой стратегии, подразумевающей назначение 3-недельной стандартной антикоагулянтной терапии. Это позволяет при относительно небольших рисках подготовить пациента к плановой кардиоверсии, после которой назначают пожизненное лечение пероральными антикоагулянтами.

У больных с ФП, кроме определения тромба в УЛП, целесообразным является определение других маркеров тромбообразования: степени выраженности феномена

спонтанного контрастирования в полости и УЛП; параметров, которые оцениваются с помощью метода тканевой доплерографии (показателей максимальной и средней скорости изгнания крови из УЛП, максимальной скорости наполнения митральной и трикуспидальной регургитации). Следует также помнить, что изолированные тромбы в УЛП встречаются крайне редко – как правило, одновременно удается обнаружить и тромбы в ушке правого предсердия. Таким образом, вопросы

тромбопрофилактики у пациентов с ФП в настоящее время рассматриваются не только с точки зрения снижения риска ишемического инсульта, но и профилактики тромбоэмболических осложнений со стороны малого круга кровообращения.

Назначение антикоагулянтной терапии тесно связано с вопросами профилактики кровотечений – с этой целью разработана шкала риска кровотечений HAS-BLED, которая представлена в современных европейских рекомендациях. Важно понимать, что оценка риска кровотечений осуществляется для того, чтобы иметь возможность своевременно контролировать факторы риска и обеспечивать безопасность антикоагулянтной терапии в особых клинических ситуациях, например, у пациентов с ОКС, при наличии сопутствующих заболеваний, снижении функции почек, выборе дозы современного перорального антикоагулянта. Не следует использовать шкалу HAS-BLED для определения показаний к назначению антикоагулянтов: главным аргументом при решении этого вопроса у пациентов с ФП должны быть результаты оценки риска развития ишемического инсульта. Таким образом, шкала HAS-BLED – эффективный инструмент для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП, который разработан для того, чтобы настроить врача на контроль процесса лечения, но не для поиска причин для отказа от антикоагулянтной терапии.

О том, что причины для отказа от этого жизненно важного вида лечения находятся достаточно часто, свидетельствуют данные международного реестра REALISE-AF, организованного с целью изучения ситуации в области терапии ФП, в котором принимали участие украинские клинические центры. Согласно этим данным, в нашей стране антикоагулянтная терапия пациентам с ФП, нуждающимся в приеме этих препаратов, назначается только в 30% случаев (в мире в 50% случаев). Практический опыт подсказывает, что даже эти цифры являются слишком оптимистичными по сравнению с реальными. Обзорное исследование REALISE-AF обозначило еще одну проблему: несоответствие схем антикоагулянтной терапии и степени риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. Так, достаточно часто этим больным не назначают антикоагулянты при высокой степени риска и наоборот – применяют при отсутствии показаний. В то же время врачи не учитывают, что антикоагулянты могут вполне назначаться в отдельных ситуациях, когда эти препараты не показаны для длительного приема ввиду низкого уровня риска тромбоэмболий, но необходимы в период проведения электрической кардиоверсии. В целом, можно констатировать существенные пробелы в области имплементации современных рекомендаций по тромбопрофилактике у пациентов с ФП.

Подготовила Наталья Очеретяная

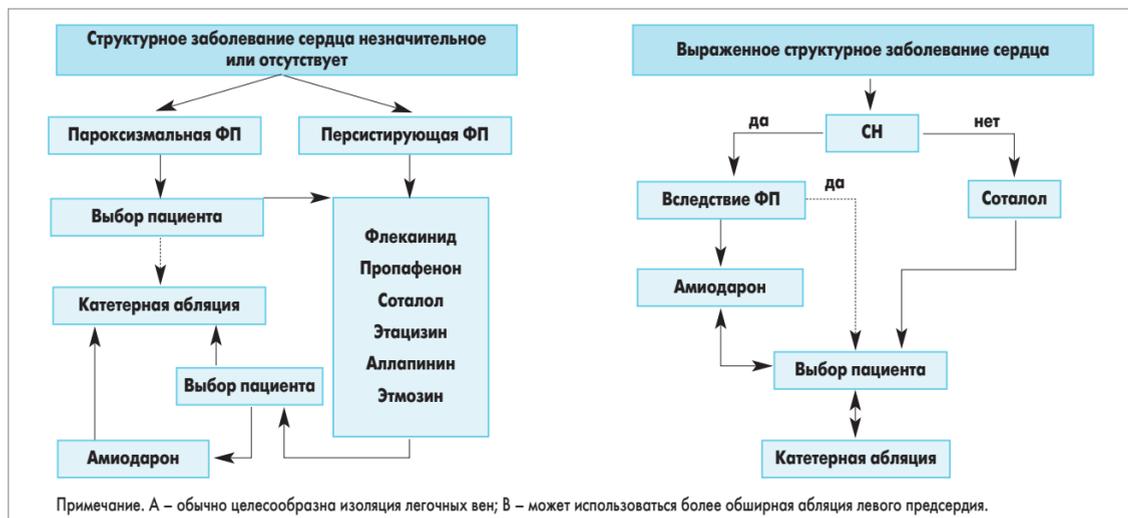


Рис. 9. Выбор антиаритмической терапии и/или абляции левого предсердия для контроля ритма при ФП

Таблица. Лекарственные взаимодействия НОАК (адаптировано из EHRA Euroras (2013))				
Препарат	Дабигатран	Апиксабан	Эдоксабан	Ривароксабан
Антациды	-12-30%	Нет данных	Не влияет	Не влияет
Аторвастатин	+18%	Нет данных	Не влияет	Не влияет
Дигоксин	не влияет	Нет данных	Не влияет	Не влияет
Верапамил	+12-180%; уменьшить дозу Принимать одновременно	Нет данных	+53%; уменьшить дозу	Незначительное влияние
Дилтиазем	+50%	+40%	Нет данных	Незначительное влияние
Хинидин	+12-60%	Нет данных	+80%; уменьшить дозу	Незначительное влияние
Амиодарон	+70-100%	Нет данных	Не влияет	Незначительное влияние
Дронедарон		Нет данных	+88%; уменьшить дозу	Не влияет