

# РЕКОМЕНДАЦИИ АСС/АНА/ЕСС 2006 ГОДА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (КОММЕНТАРИЙ)

Автор

[Шубик, Ю. В.](#)

Всего 1 год прошел после появления первых в России Рекомендаций по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (ФП), в основу которых легли Рекомендации, изданные в 2001 г. АСС/АНА/ЕСС. Однако летом текущего года появилась новая версия этого документа: ее появление оказалось весьма своевременным, т.к. за прошедшие 5 лет появились новые принципиально важные сведения, касающиеся наших представлений в первую очередь о лечении ФП. Эти изменения представляются достаточно важными для того, чтобы, не дожидаясь нового издания российских Рекомендаций, хотя бы коротко, отнюдь не претендуя на полноценный анализ, их прокомментировать «по горячим следам», выбрав самое на наш субъективный взгляд интересное. Все желающие могут самостоятельно ознакомиться с текстом Рекомендаций АСС/АНА/ЕСС 2006 г. в свободном доступе на сайтах [www.acc.org](http://www.acc.org), [www.americanheart.org](http://www.americanheart.org), [www.escardio.org](http://www.escardio.org), а также в журнале *European Heart Journal* 2006; 27: 1979-2030.

Не претерпел существенных изменений раздел «Диагностика ФП». В числе обязательных методов обследования пациентов с ФП сохранены расспрос и осмотр, ЭКГ и трансторакальная эхокардиография. Некоторые изменения претерпело исследование крови. Для пациентов с впервые выявленной ФП, а также в тех случаях, когда контроль ЧСС вызывает затруднения, предлагается исследовать кровь не только для оценки функции щитовидной железы, но также для оценки функции почек и печени. Рентгенографическое исследование грудной клетки в связи с невысокой его информативностью перешло в разряд дополнительных исследований. В числе дополнительных исследований по-прежнему выделяются также использование холтеровского мониторирования (или «регистратора событий»), электрофизиологические исследования. Для оценки эффективности контроля ЧСС, помимо теста с физической нагрузкой, предлагается проведение теста с 6-минутной ходьбой.

Лишь небольшие изменения касаются фармакологической кардиоверсии при ФП. Стоит, пожалуй, обратить внимание на следующие различия, вытекающие из приведенных ниже таблиц. Как можно видеть, для купирования ФП продолжительностью до 7 дней (см. табл. 1 и 2) наиболее актуальным для нас остается использование пропafenона (остальными препаратами с типом рекомендаций I мы просто не располагаем), в меньшей степени - амиодарона. Хинидин, столь популярный в России, «разжалован» в менее эффективные или менее изученные препараты, составив в этом разделе кампанию прокаинамиду, а также дизопирамиду, отсутствовавшему в таблице 2001 г. «Понижены в звании» соталол с дигоксином, включенные в новый в сравнении с 2001 г. раздел: препараты, которые не должны назначаться.

Таблица 2.

*Фармакологическое восстановление синусового ритма при ФП длительностью до 7 дней (2006 г.)*

Препарат	Способ назначения	ТР	УД
Препараты с доказанной эффективностью			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Флекаинид	Внутрь или в/в	I	A
Ибутилид	В/в	I	A
Пропафенон	Внутрь или в/в	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIA	A
Менее эффективные или менее изученные			
Дизопирамид	В/в	IIIB	B
Прокаинамид	В/в	IIIB	B
Хинидин	Внутрь	IIIB	B
Не должны назначаться			
Соталол	Внутрь или в/в	III	A
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	A

Таблица 1.

*Фармакологическое восстановление синусового ритма при ФП длительностью до 7 дней (2001 г.)*

Препарат	Способ назначения	ТР*	УД
Препараты с доказанной эффективностью			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Флекаинид	Внутрь или в/в	I	A
Ибутилид	В/в	I	A
Пропафенон	Внутрь или в/в	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIA	A
Хинидин	Внутрь	IIIB	B
Менее эффективные или менее изученные			
Прокаинамид	В/в	IIIB	C
Соталол	Внутрь или в/в	III	A
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	A

\* - здесь и далее, ТР - тип рекомендаций, УД - уровень доказательности

Таким же образом изменена таблица, касающаяся восстановления СР при ФП продолжительностью более 7 дней (см. табл. 3 и 4). И здесь также новый раздел «препараты, которые не должны назначаться» включил в себя соталол и дигоксин. Препаратом с доказанной эффективностью (т.е. препаратом выбора) из числа зарегистрированных в России по-прежнему является амиодарон. А вот пропафенон и хинидин оказались теперь среди менее эффективных или менее изученных препаратов, составив в этом разделе кампанию прокаинамиду, который занимал там место и ранее, а также дизопирамиду, которого в списке препаратов не было.

Таблица 4.

**Фармакологическое восстановление синусового ритма при ФП длительностью более 7 дней (2006 г.)**

Препарат	Способ назначения	ТР	УД
Препараты с доказанной эффективностью			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIA	A
Ибутилид	В/в	IIA	A
Менее эффективные или менее изученные			
Дизопирамид	В/в	IIВ	В
Флекаинид	Внутрь или в/в	IIВ	В
Прокаинамид	В/в	IIВ	С
Пропафенон	Внутрь или в/в	IIВ	В
Хинидин	Внутрь	IIВ	В
Не должны назначаться			
Соталол	Внутрь или в/в	III	В
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	В

Таблица 3.

**Фармакологическое восстановление синусового ритма при ФП длительностью более 7 дней (2001 г.)**

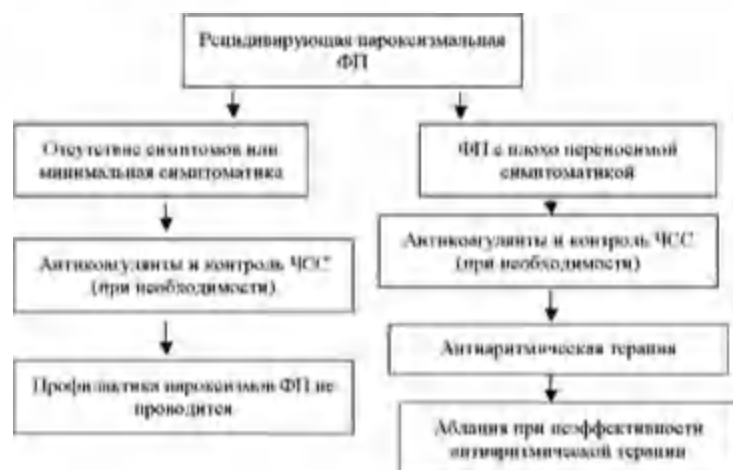
Препарат	Способ назначения	ТР	УД
Препараты с доказанной эффективностью			
Дофетилид	Внутрь	I	A
Амиодарон	Внутрь или в/в	IIA	A
Ибутилид	В/в	IIA	A
Флекаинид	Внутрь или в/в	IIВ	В
Пропафенон	Внутрь или в/в	IIВ	В
Хинидин	Внутрь	IIВ	В
Менее эффективные или менее изученные			
Прокаинамид	В/в	IIВ	С
Соталол	Внутрь или в/в	III	A
Дигоксин	Внутрь или в/в	III	С

Интересно, кстати, что если для восстановления синусового ритма в 2001 г. рекомендовалось давать единомоментно внутрь 450-600 мг пропафенона, то в 2006 г. предлагается использовать только одну дозу: 600 мг.

Весьма важные изменения появились в определении тактики сохранения СР у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП. Отметим сразу, что существенных изменений в I-й линии антиаритмической терапии не произошло. Для больных без структурных изменений сердца или с минимальными структурными изменениями из зарегистрированных в России препаратов это по-прежнему пропафенон и соталол (из незарегистрированных - флекаинид). Те же препараты являются I-й линией терапии для пациентов с артериальной гипертензией без выраженной гипертрофии левого желудочка. Однако надо отметить, что в Рекомендациях 2001 г. соталол для этих больных относили ко II-й линии терапии. Как и прежде, для пациентов с артериальной гипертензией и существенной гипертрофией левого желудочка, а также больных с хронической сердечной недостаточностью препаратом выбора является амиодарон, а для больных с ишемической болезнью сердца - соталол. А вот со II-й линией произошли радикальные изменения, обусловленные тем, что свое достойное место заняли катетерные методы лечения. Теперь для пациентов с минимальными структурными изменениями сердца или их отсутствием, пациентов с артериальной гипертензией и невыраженной гипертрофией левого желудочка, больных с ишемической болезнью сердца II-я линия лечения представляет собой альтернативу между назначением амиодарона и катетерной аблацией. Для больных с хронической сердечной недостаточностью, а также с артериальной гипертензией и существенной гипертрофией левого желудочка (т.е. для тех, у кого амиодарон является I-й линией), II-я линия лечения - это катетерная аблация. Таким образом, III-я линия лечения для сохранения синусового ритма практически прекратила свое существование; вместе с ней мы расстаемся с рекомендованными ранее препаратами IA подкласса по классификации E.M. Vaughan Williams хинидином, прокаинамидом и дизопирамидом. Отметим, что за рамками обсуждения мы оставили имеющиеся в Рекомендациях, но не зарегистрированные в России препараты дофетилид и флекаинид. Стоит обратить внимание и на следующий нюанс. В Рекомендациях 2001 г. в части, касающейся сохранения синусового ритма у больных с артериальной гипертензией, выделяли группы пациентов с гипертрофией левого желудочка в пределах 1,4 см и более 1,4 см. В новых

Рекомендациях выделяют соответственно менее выраженную и выраженную гипертрофию левого желудочка.

На следующих двух рисунках суммированы современные представления о тактике лечения больных с рецидивирующей пароксизмальной и персистирующей ФП. Очевидно, что в сравнении с Рекомендациями 2001 г. они дополнены катетерной аблацией: в первую очередь, надо полагать, изоляцией легочных вен и радиочастотной модификацией операции «лабиринт». Впрочем, исчерпывающую информацию о нефармакологических методах лечения ФП можно найти в лекции Л.А. Бокрия и А.Ш. Ревитшвили «Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий», опубликованном именно в том «Вестнике Аритмологии», который Вы держите в руках.



**Рис. 1. Лечение больных с рецидивирующей пароксизмальной ФП.**



**Рис. 2. Лечение больных с рецидивирующей персистирующей ФП.**

Довольно интересными представляются изменения, касающиеся антитромботической терапии. В табл. 5 представлены принципы, в соответствии с которыми в последние годы мы были обязаны

назначать антиагреганты или пероральные антикоагулянты. Каждому фактору риска соответствуют рекомендации по назначению аспирина в суточной дозе (как правило) 325 мг или непрямым антикоагулянтам до достижения целевого МНО 2,0-3,0 или 2,5-3,5. Рекомендации 2006 г. предусматривают иной принцип анти тромботической терапии. Все факторы риска поделены на три группы. Менее убедительные или слабые риск-факторы: женский пол, возраст от 65 до 74 лет, ишемическая болезнь сердца и тиреотоксикоз. Умеренные риск-факторы: возраст 75 лет и более, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, фракция выброса 35% и менее, сахарный диабет. Высокие риск-факторы: предшествующие инсульты, транзиторные ишемические атаки или эмболии, митральный стеноз, протезы клапанов сердца.

**Таблица 5.**

**Подход к анти тромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий на основании оценки риска**

Категория больных	Анти тромботическая терапия	ТР
Менее 60 лет, без органических заболеваний сердца (изолированная ФП)	Аспирин 325 мг/сут или без лечения	I
Менее 60 лет с наличием заболевания сердца, без факторов риска	Аспирин 325 мг/сут	I
60 лет и более без факторов риска	Аспирин 325 мг/сут	I
60 лет и более с ИБС или сахарным диабетом	ПА (МНО 2,0-3,0)	I
	По выбору - аспирин 81-162 мг/сут	IIb
75 лет и более, особенно женщины	ПА (МНО 2,0)	I
Сердечная недостаточность, фракция выброса 35 и менее, тиреотоксикоз, гипертензия	ПА (МНО 2,0-3,0)	I
Ревматический пороки (митральный стеноз), протезированные клапаны, тромбоз эмболии в анамнезе, тромбы в предсердиях	ПА (МНО 2,5-3,5 и более)	I

где, ПА - пероральные антикоагулянты

Вне зависимости от формы ФП при отсутствии факторов риска необходимо назначать аспирин в суточной дозе 81-325 мг, при наличии одного умеренного риск-фактора - аспирин в суточной дозе 81-325 мг или варфарин (МНО 2,0-3,0, целевое МНО - 2,5), при наличии какого-либо высокого риск-фактора или более чем одного умеренного риск-фактора - варфарин (МНО 2,0-3,0, целевое МНО - 2,5). При наличии механического протеза клапана целевое МНО более 2,5. Целесообразно обратить внимание на более «либеральный» подход к выбору дозы аспирина: 81-325 мг, а не 325 мг, как было ранее.

Еще одним изменением в сравнении с Рекомендациями 2001 г. можно считать появление раздела «Первичная профилактика ФП». В этом разделе говорится о том, что наряду с предсердной и предсердно-желудочковой синхронизированной стимуляцией, использующихся для профилактики ФП у больных с брадикардией, появилось еще одно направление первичной профилактики. Со ссылкой на результаты ретроспективного анализа целого ряда многоцентровых исследований говорится о целесообразности использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и ингибиторов АТ рецепторов для первичной профилактики ФП у больных со структурными изменениями сердца (с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, сахарным

диабетом, ИБС, инфарктом миокарда в анамнезе). Менее убедительными пока выглядят доказательства целесообразности назначения с этой целью статинов, а также диетотерапии.

Таким образом, наиболее значимыми из появившихся за 5 лет, представляются следующие изменения, важные для лечения пациентов с ФП в России. Препаратом выбора для восстановления синусового ритма при ФП продолжительностью до 7 суток является пропafenон, более 7 суток - амиодарон. Для сохранения синусового ритма препаратами выбора являются амиодарон, пропafenон и соталол, а препараты IA подкласса утрачивают свое значение. При этом одним из основных методов сохранения синусового ритма становится катетерная радиочастотная абляция. Выделяются три группы риск-факторов тромбоэмболических осложнений; в соответствии с их наличием и сочетанием назначается антитромботическая терапия, выбор которой становится более осторожным. Это особенно важно в нашей стране, где «комплаентность», приверженность к терапии, а также возможность контроля МНО оставляют желать лучшего. Наконец, у нас появляется возможность первичной профилактики ФП, в основном с помощью ингибиторов АПФ и АТ рецепторов.