

<https://doi.org/10.35336/VA-2021-2-55-63>

ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РОССИИ: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ

Ю.В.Шубик¹, М.М.Медведев¹, Е.Н.Михайлов², Н.З.Гасимова², М.Ю.Гиляров^{3,4}

¹Научно-клинический и образовательный центр «Кардиология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7-9, ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, ³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1, ⁴ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова, Россия, Москва, Ленинский пр., 8

В статье приводятся результаты опроса специалистов, занимающихся лечением пациентов с фибрилляцией предсердий, относительно выбора стратегии лечения, выбора антиаритмического и антикоагулянтного препарата, сравниваются данные реальной клинической практики с текущими национальными и международными клиническими рекомендациями.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; опрос; антиаритмическая терапия; контроль ритма, контроль частоты сердечных сокращений, пероральные антикоагулянты; катетерная абляция

Конфликт интересов: Ю.В.Шубик заявляет о получении гонораров за лекции и консультации от компаний «Байер», «Берингер Ингельхайм», «Вилар», «Инкарт», «Пфайзер», «Олайн фарм», «Сандоз».

М.М.Медведев заявляет о получении гонораров за лекции и консультации от компаний «Байер», «Инкарт».

Е.Н.Михайлов заявляет о получении гонораров за лекции и консультации от компаний «Берингер Ингельхайм», «Биосенс Вебстер», «Бостон Сайентифик», «Эбботт», «Пфайзер», «Олайн фарм».

Н.З.Гасимова заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов.

М.Ю.Гиляров заявляет о получении гонораров за лекции и консультации от компаний «Астра Зенека», «Байер», «Берингер Ингельхайм», «Пфайзер», «Сервье».

Финансовая поддержка: работа частично поддержана грантом Министерства высшего образования и науки Российской Федерации МД-2314.2020.7.

Рукопись получена: 09.07.2021 **Исправленная версия получена:** 02.08.2021 **Принята к публикации:** 02.08.2021

Ответственный за переписку: Шубик Юрий Викторович, E-mail: yshubik@mail.ru

Ю.В.Шубик - ORCID ID 0000-0002-8736-1575, М.М.Медведев - ORCID ID 0000-0003-4903-5127, Е.Н.Михайлов - ORCID ID 0000-0002-6553-9141, Н.З.Гасимова - ORCID ID 0000-0002-3878-8783, М.Ю.Гиляров - 0000-0002-2870-3301

Для цитирования: Шубик ЮВ, Медведев ММ, Михайлов ЕН, Гасимова НЗ, Гиляров МЮ. Лечение фибрилляции предсердий в России: реальная клиническая практика и рекомендации. *Вестник аритмологии*. 2021;28(2): 55-63. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-2-55-63>.

MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION IN RUSSIA: REAL CLINICAL PRACTICE AND CURRENT CLINICAL GUIDELINES

Yu.V. Shubik¹, M.M. Medvedev¹, E.N. Mikhaylov², N.Z. Gasimova², M.Yu. Gilyarov^{3,4}

¹«Cardiology» clinical, scientific and educational centre of FSBEI HPE «Saint-Petersburg State University», Russia, Saint-Petersburg, 7-9 Universitetskaya emb. ²FSBI Almazov National Medical Research Centre, Russia, Saint-Petersburg, 2 Akkuratova str., ³Pirogov Russian National Research Medical University, Russia, Moscow, 1 Ostroviyanova str., ⁴Pirogov City Clinical Hospital №1, Russia, Moscow, 8 Leninsky ave.

Results of the survey which conducted with specialists who involved in the treatment of patients with atrial fibrillation regarding treatment strategy, choice of antiarrhythmic drugs and anticoagulants and a comparison data from real clinical practice with current clinical guidelines are presented.

Key words: atrial fibrillation; survey; antiarrhythmic drug therapy; rhythm control; rate control; oral anticoagulants; catheter ablation

Conflict of Interests: Yu.V. Shubik reports receiving consultation fee and speaker honoraria from «Bayer», «Boehringer Ingelheim», «Vilar», «Incart», «Pfizer», «Olainfarm», «Sandoz».

M.M. Medvedev - reports receiving consultation fee and speaker honoraria from «Bayer», «Incart».

E.N. Mikhaylov - reports receiving consultation fee and speaker honoraria from «Boehringer Ingelheim», «Biosense

Webster», «Boston Scientific», «Abbot», «Pfizer», «Olainfarm».

N.Z. Gasimova declares no potential conflicts regarding this work.

M.Yu. Gilyarov reports receiving consultation fee and speaker honoraria from «AstraZeneca», «Bayer», «Boehringer Ingelheim», «Pfizer», «Servier».

Funding: this work partially was supported by the Ministry of Science and Higher Education grant (Russian Federation President Grant) #MD-2314.2020.7

Received: 09.07.2021 **Revision Received:** 02.08.2021 **Accepted:** 02.08.2021

Corresponding author: Yury Shubik, E-mail: yshubik@mail.ru

Yu.V. Shubik - ORCID ID 0000-0002-8736-1575, M.M. Medvedev - ORCID ID 0000-0003-4903-5127, E.N. Mikhaylov - ORCID ID 0000-0002-6553-9141, N.Z. Gasimova - ORCID ID 0000-0002-3878-8783, M.Yu. Gilyarov - 0000-0002-2870-3301

For citation: Shubik YuV, Medvedev MM, Mikhaylov EN, Gasimova NZ, Gilyarov MYu. Management of atrial fibrillation in Russia: real clinical practice and current clinical guidelines. *Journal of Arrhythmology*. 2021;28(2): 55-63. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-2-55-63>.

Лечение фибрилляции предсердий (ФП) - самой распространенной из устойчивых аритмий - часто оказывается весьма сложной задачей. В 2020 г. появилось сразу два новых документа, в соответствии с которыми необходимо осуществлять диагностику и лечение этой тахикардии. Один из них - Методические рекомендации Минздрава России «Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых» [1], второй - Рекомендации по диагностике и лечению ФП Европейского общества кардиологов [2].

В декабре 2020 - январе 2021 гг по инициативе секции «Нарушения сердечного ритма» Российского кардиологического общества и Правления Всероссийского научного общества аритмологов был проведен опрос врачей. Цель проекта - изучить подходы к лечению фибрилляции предсердий в реальной клинической практике на основании опроса специалистов с добровольным участием, а также сопоставить полученные результаты с действующими клиническими рекомендациями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Авторами проекта было сформулировано 32 вопроса, включая анкетные и демографические данные (Приложение). Следует отметить, что вопросы не претендовали на полноту охвата проблемы, понимая тот факт, что количество участников опроса, вероятнее всего, будет обратно пропорциональным количеству заданных вопросов.

Для опроса использовалась информационная платформа «Google Диск» (Google Inc., USA). Приглашение к заполнению опросника было распространено с использованием ресурса www.qrs.ru (Инкарт, Россия). На основании открытой информации о количестве зарегистрированных участников расчетная аудитория получателей приглашения составила 5500 человек (пользователей). Кроме того, приглашение к заполнению опросника распространялось через профессиональные и общедоступные сообщества «Angiopicure», «Arrhythmology», «EHRA in Russia», «ProЭКГ», «Анализ сложных ЭКГ», «Больше, чем холтеровское мониторирование», «Мнения о здравоохранении», «Неотложные состояния» в социальной сети «Facebook» (Facebook Inc., USA).

Статистический анализ

Качественные параметры описываются с помощью долей (в %). В связи с несимметричным распределением значения представлены медианой (Me) и интерквартильным размахом в виде 25-го и 75-го перцентилей.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Получены заполненные опросники от 326 врачей (из них 312 врачей работают на территории РФ) разных специальностей в возрасте от 24 до 75 лет (Me возраста 43 года) со стажем работы от 1 месяца до 53 лет (Me стажа 19 лет), при этом 78,2% респондентов составили женщины.

Распределение специальностей

Распределение специальностей респондентов представлено на рис. 1 и 2. Следует отметить, что обладателями как минимум двух врачебных специальностей оказались 78% принявших участие в опросе. Из рисунков видно, что в качестве основной специальности кардиологию указали 73,3% врачей, еще 18,9% отметили ее как вторую специальность (итого кардио-

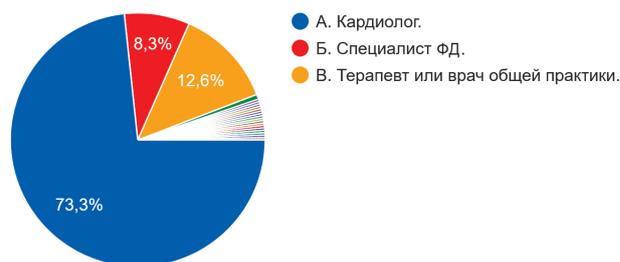


Рис. 1. Основная врачебная специальность участников опроса, где ФД - функциональная диагностика.

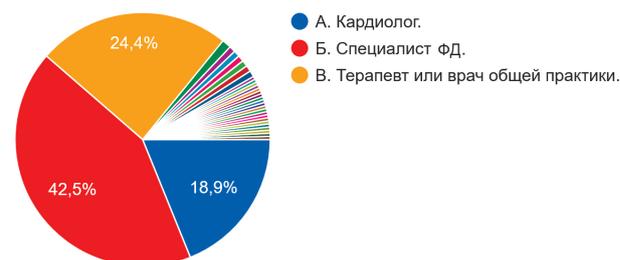


Рис. 2. Вторая врачебная специальность участников опроса, где ФД - функциональная диагностика.

логов 92,2%). Второе место заняли специалисты функциональной диагностики: 8,3% - первая специальность, 42,5% - вторая. Терапевтов или врачей общей практики среди ответивших было, соответственно, 12,6% (первая специальность) и 24,4% (вторая специальность). Другие специальности были представлены в меньшей пропорции (в совокупности 5,2% первая специальность и 14,2% - вторая): анестезиологи-реаниматологи, кардиохирурги, неврологи, врачи скорой медицинской помощи, ревматологи, эндокринологи, организаторы здравоохранения, нефрологи, профпатологи, гериатры, рентгенэндоваскулярные хирурги, педиатры и даже специалисты по лечебной физкультуре. Участники опроса представляли 66 регионов России: от Калининграда до Сахалина. Кроме того, на вопросы ответили коллеги из Беларуси, Германии, Греции, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Узбекистана и Украины. Как следует из рис. 3, почти половина (48,8%) докторов в качестве основного места работы указали стационар, 25,2% - поликлинику, 18,7% - частное медицинское учреждение.

Характеристика медикаментозной терапии фибрилляции предсердий

При очень большом индивидуальном разбросе (от 1 до 350) медиана количества пациентов с разными

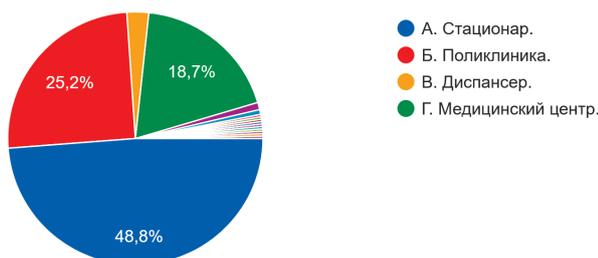


Рис. 3. Основное место работы участников опроса.

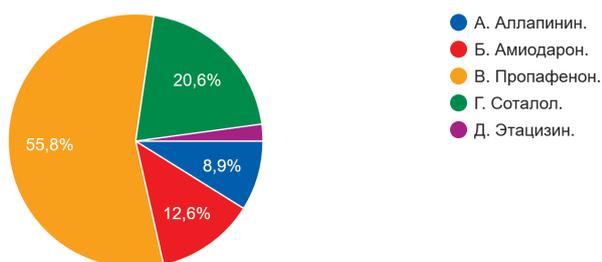


Рис. 4. Выбор препарата 1-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями.

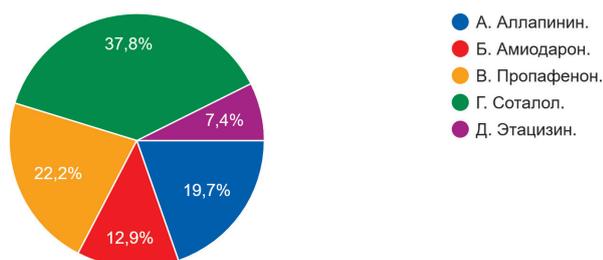


Рис. 5. Выбор препарата 2-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями.

формами ФП у каждого из врачей составила 20 [IQR 12; 40] пациентов в месяц. Стратегии контроля ритма, а не частоты сердечных сокращений (ЧСС) при пароксизмальной ФП отдали предпочтение 80% докторов. Это необычно много с учетом того, что в многочисленных исследованиях не было получено достоверных различий по конечным точкам (общая и сердечно-сосудистая смертность, госпитализации по сердечно-сосудистым причинам) между контролем ритма и контролем ЧСС. Результат опроса существенно отличается от данных проводимых ранее эпидемиологических исследований, в которых эта цифра обычно не превышала 60%. Возможно, впрочем, что это связано с очевидными успехами интервенционной аритмологии, достигнутыми в последние годы. Для персистирующей ФП предпочтение контролю ритма отдавалось реже: 50%.

Следующая серия вопросов была посвящена антиаритмическим препаратам (ААП), используемым для контроля ритма. В группе пациентов без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями как препарат 1-й линии (рис. 4) наиболее часто отмечался пропафенон, которому отдали предпочтение более половины врачей (55,8%). Соталолу, препарату III класса по классификации E.M.Vaughan-Williams [3], досталось 20,6% голосов. Отметим, что в качестве первой линии для пациентов без органического заболевания сердца все же принято использовать ААП I класса. В России не может быть назначен широко распространенный в Европе флекаинид, поскольку он не зарегистрирован в нашей стране. Зато в соответствии с действующими российскими рекомендациями доступны аллапинин® (лаппаконитина гидробромид) и этацизин® (диэтиламинпропионил этоксикарбониламинофенотиазин). Однако эти препараты в качестве первого выбора в соответствии с результатами опроса рекомендуются совсем редко: в 8,9% и 2,1% случаев, соответственно. Чаще чем аллапинин® и этацизин® вместе взятые, назначается амиодарон (12,6%). Нельзя не отметить, что это грубая ошибка: в соответствии с действующими рекомендациями амиодарон должен быть не первым, а последним из тех препаратов, которые есть в нашем распоряжении. Мы можем процитировать действующие рекомендации [1, 2]: «...Пациентам без структурного поражения сердца, которым не противопоказаны другие ААП, назначение амиодарона рекомендовано только при их неэффективности».

При выборе ААП второй линии (рис. 5) соталол и пропафенон поменялись местами: соответственно 37,8% и 22,2%. Аллапинину® и этацизину® при неэффективности первого ААП предпочтение отдается чаще, чем на старте антиаритмической терапии (ААТ): соответственно в 19,7% и 7,4% случаев. Амиодарон как второй препарат по-прежнему выбирается нередко: 12,9%.

Следующий вопрос был связан с предпочтениями в ААТ при лечении пароксизмальной и персистирующей ФП у пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой хронической сердечной недостаточности (ХСН). Как следует из рис. 6, большинство ответивших (50,2%) совершен-

но обоснованно, в полном соответствии с рекомендациями, в качестве ААП первой линии выбрало соталол. Однако большое количество участников опроса (41,2%) остановило свой выбор на амиодароне, что является ошибкой: как уже было отмечено, при выборе ААП амиодарон - никогда не первый ААП, за исключением тех случаев, когда он единственный возможный. Еще 8,5% докторов предпочло начать ААП с препарата IC класса: 5,5% - с пропafenона, 1,8% - с аллапинина®, 1,2% - с этацизина®.

Что по этому поводу говорят нам действующие рекомендации? «Назначение ААП I класса не рекомендовано пациентам с признаками структурного поражения сердца, в том числе при наличии ХСН, при снижении фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) до 40% и менее, а также при гипертрофии миокарда (толщина стенок ЛЖ 15 мм и более, по данным эхокардиографии), так как препараты данной группы способны потенцировать возникновение жизнеугрожающих желудочковых аритмий». Таким образом, назначение ААП IC класса этой категории пациентов - ошибка! В рекомендациях имеется комментарий, в котором указано, в частности, что эти ААП не могут быть назначены пациентам с ишемической болезнью сердца (ИБС). При этом следует, видимо, договориться о том, что речь идет о документированной ИБС. Что же касается больных с гипертонической болезнью, то при наличии у них гипертрофии миокарда с толщиной стенки ЛЖ менее 15 мм они могут быть отнесены к категории пациентов с минимальными структурными изменениями сердца. Следовательно, назначение им ААП IC класса не противопоказано.

При выборе оптимального ААП второй линии для пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой ХСН (рис. 7) большинство (51,9%) коллег выбрали амиодарон, что совершенно правильно. Еще 32,9%, как и следовало ожидать, предпочли соталол, а 15,2%, к сожалению, ААП IC класса (пропafenон - 9,6%, аллапинин® - 4,0%, этацизин® - 1,6%).

Для пациентов с клинически значимой ХСН (рис. 8) абсолютное большинство принявших в участие в опросе сделали единственно правильный выбор: амиодарон (86,7%). В остальных случаях были выбраны противопоказанные соталол (10,2%), этацизин® (1,5%), аллапинин® (0,9%) и пропafenон (0,6%).

До некоторой степени провокационный вопрос был задан относительно возможности использования стратегии «таблетка в кармане» (приема «нагрузочной» дозы пропafenона 450-600 мг) для восстановления синусового ритма (СР) у пациентов с пароксизмальной ФП, получающих постоянную ААП. Ответ на него неприятно удивил составителей опроса: более 70% (!) не смущает постоянный прием ААП при использовании этой стратегии. Между тем, в действующих рекомендациях по этому поводу совершенно недвусмысленно сказано: «...Пациентам с редкими пароксизмами ФП, не принимающим поддерживающей ААП, без сопутствующего структурного заболевания сердца или ИБС, при условии продолжительности аритмии менее 48 часов для восстановления СР может

быть рекомендован однократный самостоятельный пероральный прием пропafenона в дозе 450-600 мг». Очевидно, что несоблюдение этих рекомендаций - это опасность для жизни пациента вследствие высокого риска развития проаритмии.

Еще один вопрос, связанный с восстановлением СР, касался использования с этой целью российского ААП III класса рефралона® (4-Нитро-N-[(1RS)-1-(4-фторфенил)-2-(1-этилпиперидин-4-ил)этил] бензамида гидрохлорид). Согласно полученным ответам, его применяют лишь без малого 11% лечебно-профилактических учреждений. Следует признать, что вопрос был задан не совсем корректно: инструкция к использованию препарата предусматривает его введение исключительно в условиях стационара. Но именно стационар назвала своим основным местом работы половина участников опроса. Таким образом, даже с учетом этого обстоятельства, высокоэффективный отечественный ААП применяется - в первую очередь для купирования персистирующей ФП - необычно редко. Это особенно печально с учетом отсутствия в России таких зарегистрированных в других странах ААП, как вернакалант, дофетилид, ибутилид, флекаинид, а также существенных ограничений, имеющихся при использовании популярного в нашей стране прокаинамида.

Два вопроса, с помощью которых мы получили представление о применении препаратов для контроля ЧСС, естественно, касались отдельно лечения пациентов с ФВ ЛЖ > 40% и ≤ 40%. Никаких неожиданностей при выборе оптимального препарата для контроля ЧСС не было. Пациентам с ФВ ЛЖ > 40% подавляющее большинство врачей (55,0%) предпочитает бисопролол. Метопролол обычно назначали 32,7% докторов, причем 28,8% - метопролола сукцинат, 3,9%

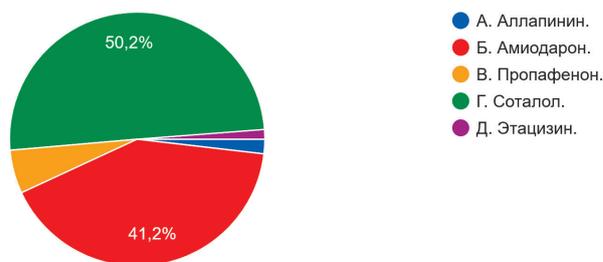


Рис. 6. Выбор препарата 1-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой ХСН.

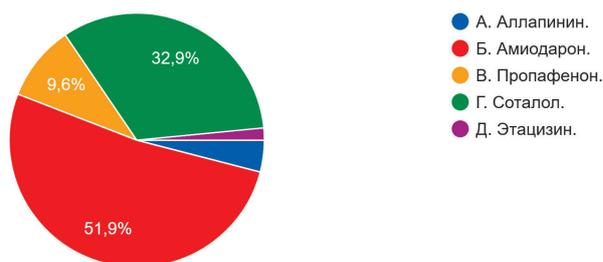


Рис. 7. Выбор препарата 2-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой ХСН.

- метопролола тартрат. Существенно реже из числа бета-адреноблокаторов выбирался небиволол (2,9%), совсем редко - бетаксолол (1,0%). Комбинация бета-адреноблокаторов с дигоксином считалась оптимальной в 4,9% случаев. Недигидропиридиновым кальциевым блокаторам отведено совсем скромное место: верапамилу - 1,6%, дилтиазему - 0,3%, комбинации того или другого с дигоксином - 1,0%. Любопытно, что в казуистических случаях (0,6%) предпочтение отдавалось монотерапии дигоксином.

При контроле ЧСС больным с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ большинство участников опроса (52,8%) предпочло комбинацию бета-адреноблокаторов и дигоксина, что неудивительно. В качестве монотерапии чаще других выбирались бисопролол (18,8%) и метопролола сукцинат (14,6%), а также дигоксин (9,1%). Совсем редко предпочтение отдавалось небивололу (3,6%) и метопролола тартрату (1,3%), никогда - бетаксололу. Особенно отрадно, что ни один из принимавших участие в опросе не выбрал абсолютно противопоказанные в этой клинической ситуации недигидропиридиновые кальциевые антагонисты и их комбинацию с дигоксином.

Особенности медикаментозной терапии ФП у пациентов после интервенционного лечения

Специальный блок вопросов был посвящен интервенционному лечению ФП. Первый из них касался той доли пациентов, которые направляются на изоляцию устьев легочных вен. Медианная пропорция та-

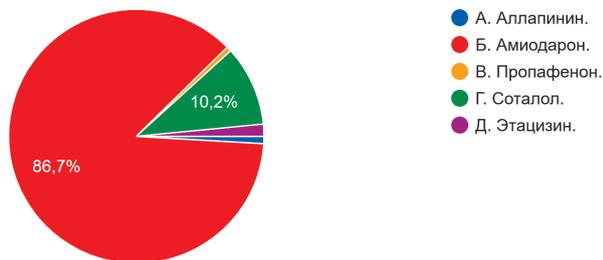


Рис. 8. Выбор препарата для контроля ритма при ФП у пациентов с клинически значимой ХСН.

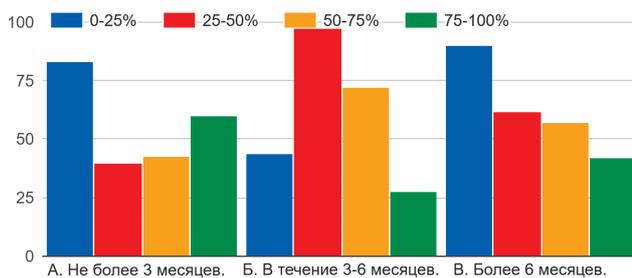


Рис. 9. Прием ААП (не бета-блокаторов) после интервенционного лечения ФП.



Рис. 10. Выбор оптимального ААП после интервенционного лечения ФП.

ких пациентов составила 30% (от 10 до 60%). Похоже, такие цифры отражают растущее доверие к радиочастотной (крио) абляции ФП с одной стороны, неудовлетворенность результатами ААТ - с другой. Также не исключено влияние непреднамеренного смещения контингента респондентов к группе специалистов, работающих в медицинских учреждениях, где выполняется катетерное лечение аритмий. Эффективность метода при пароксизмальной ФП, по мнению участников опроса, составляет 60 (50-70)%, что вполне соответствует данным литературы (50-80% в зависимости от продолжительности наблюдения) [4-7]. При персистирующей ФП ожидаемые результаты, естественно, хуже: 50 (30-60)%. Точно так же не расходится существенно с литературными данными [4-6] оценка риска осложнений при интервенционном лечении: 5 (1-10)%. В соответствии с результатами приведенных публикаций риск осложнений несколько выше, но он, естественно, включает риск интраоперационных осложнений, с которыми не сталкивается большинство врачей, отвечавших на вопросы.

Как и следовало ожидать, прием бета-адреноблокаторов после процедуры рекомендуют наиболее часто: в 80 (50-90)% случаев. Что же касается других ААП, составителей опросника интересовало, как часто они назначаются пациентам после интервенционного лечения в течение «слепого» периода (не более 3-х месяцев), на период до 6 месяцев и более 6 месяцев. Результаты этой части опроса приведены на рисунке 9.

В первые 3 месяца редко (не более четверти своих пациентов) ААП назначает 36,7% врачей. От четверти до половины больных после абляции получают ААП у 17,7% врачей, от половины до трех четвертей - у 19%. При этом примерно каждый четвертый коллега рекомендует принимать ААП всем или почти всем пациентам. Можно было ожидать, что ААТ за рамками «слепого» периода (до 6 месяцев) будет продлена у меньшего числа пациентов. Однако в реальной практике этого не происходит. Так, редко продлевают лечение до полугодия 18,2% врачей, от четверти до половины своих пациентов - 40,5% докторов, от половины до трех четвертей - у 29,8%. Всем или почти всем пациентам продлевают терапию до полугодия 11,6% коллег. Количество пациентов, которые получают ААП более полугодия, все же уменьшается, хотя и остается весьма значительным. Не более четверти своих пациентов продолжают лечить ААП 35,9% врачей, от четверти до половины - 24,7%, от половины до трех четвертей - 22,7%, почти всех - 16,7%. Тенденция к уменьшению потребности в ААТ очевидна. Тем не менее, количество пациентов, которые по истечении трех и даже шести месяцев продолжают нуждаться в приеме ААП, остается значительным. Видимо, это до некоторой степени характеризует эффективность изоляции устьев легочных вен. Понятно, что при необходимости в приеме ААП за рамками «слепого» периода следует говорить о т.н. «гибридной» терапии, когда именно сочетание катетерной абляции ФП и ААТ позволяет добиться приемлемого результата.

Распределение ААП, которые назначаются после изоляции устьев легочных вен в России, приведе-

но на рисунке 10. Чаще других рекомендуют соталол (34,0%), амиодарон (26,2%) и пропафенон (23,0%). Существенно реже - аллапинин® (5,2%) и этацизин® (2,3%). В 9,4% рекомендуют комбинацию из двух ААП. Заметим, что в действующих рекомендациях нет указаний на большую или меньшую целесообразность назначения какого-либо из ААП. Выбор, видимо, может осуществляться в соответствии с общими правилами: наличием или отсутствием органического заболевания сердца. При этом в документе «Антиаритмические препараты - клиническое применение и алгоритмы принятия решения: согласованное мнение экспертов» [8] в качестве первой линии терапии при лечении послеоперационной ФП предложено использовать селективные бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (бисопролол, метопролол), о которых речь шла выше, а второй линии - амиодарон, показавший преимущество в сравнении с другими ААП. О соталоле говорится, что он более эффективен, чем бета-блокаторы, но менее эффективен, чем амиодарон. Полученные результаты во многом согласуются с ранее представленными результатами антиаритмической терапии после катетерной абляции по данным регистрового исследования в России [9].

Обращает на себя внимание довольно частое использование комбинаций ААП. Как известно, это обычно аллапинин® с амиодароном, аллапинин® с соталолом и пропафенон с соталолом. Нельзя не отметить, что такое лечение может быть рекомендовано только при отсутствии эффекта монотерапии. Кроме того, два ААП сразу назначаются обычно тем пациентам, у которых риск рецидива наиболее вероятен, а это нередко больные с органическим заболеванием сердца, т.е. именно те, которым ААП IC класса противопоказаны. Вероятность проаритмогенного действия ААП в таких случаях значительно увеличивается.

Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий

Существенная часть вопросов была посвящена применению пероральных антикоагулянтов (ПАК) при ФП. Первый из них касался предпочтений врачей при выборе оптимального с их точки зрения препарата для профилактики тромбоэмболий. Для каждого из ПАК предлагался один из четырех вариантов ответов: редкий выбор (от 0 до 25% от всех пациентов), более частый (26-50%), еще более частый (51-75%), самый частый (76-100%). Результаты этой части опроса представлены на рис. 11.

Обсуждая предпочтения врачей, удобнее всего начать с варфарина. Опрос показал, что большинство (70,6%) докторов назначают этот препарат редко, 18,5% - более часто, 8,5% - еще более часто и лишь 2,4% - максимально часто. Дабигатрана этексилат в сравнении с антагонистом витамина К гораздо более востребован: его рекомендуют до четверти своих больных 43,5% врачей, до половины - 35,8%, до трех четвертей - 16,6%, еще чаще (75-100% пациентов) - 4,1% участников опроса. Однако большинство опрошенных коллег все же отдает предпочтение ингибиторам Ха фактора свертывающей системы апиксабану и ривароксабану. Как можно видеть, на рисунке профили

этих препаратов очень близки (при некотором, впрочем, преимуществе ривароксабана): их назначают редко, соответственно, лишь 12,5% и 11,1% врачей, чаще - 35,5% и 30,2%, еще более часто - 38,7% и 40,6%, максимально часто - 13,3% и 18,1%. Результаты опроса свидетельствуют о том, что отношение к антитромботической терапии в России изменилось самым существенным и позитивным образом: еще несколько лет назад большинство пациентов получало варфарин, к тому же при плохом контроле международного нормализованного отношения [10, 11].

Еще один вопрос касался того, насколько часто при использовании прямых ПАК врачи рекомендуют их более низкую дозу (рис. 12). В данном случае варианты ответов соответствовали предложенным в предыдущем вопросе. Результаты, видимо, не требуют подробного описания, т.к. оказались очень близкими для всех трех прямых ПАК. Так, в частности, редко используют более низкие дозы апиксабана, дабигатрана этексилата и ривароксабана 63,9%, 65,9% и 57,1% врачей соответственно, максимально часто - 2,0%, 0,9% и 2,8%, соответственно.

Весьма приятно было убедиться в единодушной (100%), в полном соответствии с рекомендациями, оценке необходимости назначения ПАК на первые 8 недель после изоляции устьев легочных вен. Почти таким же единодушным (98%) было решение о необходимости продолжения антикоагулянтной терапии пациентам с высоким риском тромбоэмболических осложнений после успешной абляции. Действительно, в рекомендациях указано, что «...Пациентам с высоким риском тромбоэмболических событий после успешной катетерной или хирургической абляции ФП рекомендовано продолжать прием антикоагулянтов неопределенно долго» [2].

Достаточно интересными оказались ответы на вопрос о целесообразности назначения ПАК пациентам с ФП при наличии у них по шкале CHA₂DS₂-VASc I

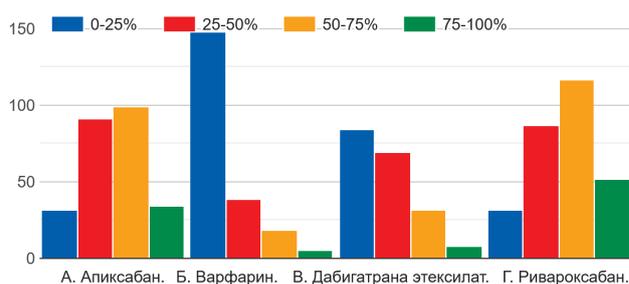


Рис. 11. Выбор ПАК при наличии показаний к их назначению.

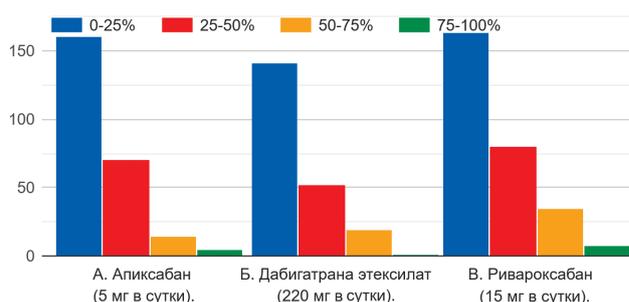


Рис. 12. Выбор более низкой дозы прямого ПАК.

балла (мужчины) и 2 баллов (женщины). Как известно, действующие рекомендации оставляют в таких случаях право выбора за tandemом «врач-пациент»: ПАК могут быть либо назначены, либо не назначены [2]. Оказалось, что почти 2/3 врачей (63,5%) считают прием ПАК в этих обстоятельствах необходимым.

Заключительный вопрос, касающийся применения антикоагулянтов, был сформулирован следующим образом: «Вводите ли Вы (или даете перорально) антикоагулянты, восстанавливая СР при пароксизмальной ФП продолжительностью не более 48 часов»? Результат вполне убедительно продемонстрировал разницу между рекомендациями и реальной клинической практикой: из числа ответивших каждый пятый (19,3%) этого НЕ делает, т.е. не пытается снизить вероятность т.н. «нормализационной» тромбоэмболии. Между тем, в действующих рекомендациях недвусмысленно указано: «...При любом способе восстановления СР, в сроки до 48 часов от начала пароксизма ФП, пациенту, который не получает антикоагулянтную терапию, рекомендовано как можно быстрее начать введение гепарина натрия или эноксапарина натрия в дозах, одобренных для лечения венозного тромбоза» [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя краткий итог проведенному опросу, хотелось бы отметить, что между российскими и европейскими рекомендациями и реальной клинической практикой в России существуют следующие основные очевидные различия.

1. Частое использование амиодарона в качестве ААП первой (второй линии) при контроле ритма у пациен-

тов с ФП без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями.

2. Частое использование пропafenона и других ААП IC класса (аллапинин®, этацизин®) при контроле ритма у пациентов с ФП с органическим заболеванием без клинически значимой ХСН.

3. Частое использование амиодарона в качестве ААП первой линии при контроле ритма у пациентов с ФП с органическим заболеванием без клинически значимой ХСН.

4. Частое использование не только амиодарона, но и других ААП (в первую очередь соталола) для контроля ритма у пациентов с клинически значимой ХСН.

5. Частое использование стратегии «таблетка в кармане» (приема «нагрузочной» дозы пропafenона 450-600 мг) для восстановления СР при очевидных противопоказаниях к такому лечению.

6. Длительное (за рамками «слепого периода») применение ААП для контроля ритма у пациентов после изоляции устьев легочных вен.

7. Частое назначение одновременно двух ААП для контроля ритма у пациентов после изоляции устьев легочных вен.

8. Частое отсутствие профилактики тромбоэмболических осложнений при восстановлении СР у пациентов с продолжительностью пароксизмов ФП ≤ 48 часов, не получающих постоянно ПАК.

Кроме того, хотелось бы отметить, что в российской клинической практике не нашли широкого применения такие отечественные ААП, как аллапинин® и рефралон®, а также синтезированный около 40 лет назад в СССР, но производящийся в Латвии этацизин®.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации МЗ РФ «Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых», 2020 г. [Methodological Recommendation of Ministry of Health «Atrial fibrillation and flutter in adults», 2020. (In Russ.)] <http://cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/888>.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2020; ehaa612. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>.
3. Williams V. A classification of antiarrhythmic actions reassessed after a decade of new drugs. *J Clin Pharmacol*. 1984;24(4): 129-47. <http://doi.org/10.1002/j.1552-4604.1984.tb01822.x>.
4. Poole JE, Bahnson TD, Monahan KH, et al. recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation or antiarrhythmic drug therapy in the CABANA trial. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(25): 3105-3118. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.065>.
5. Packer DL, Kowal RC, Wheelan KR, et al. STOP AF Cryoablation Investigators. Cryoballoon ablation of pulmonary veins for paroxysmal atrial fibrillation: first results of the North American Arctic Front (STOP AF) pivotal trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(16): 1713-1723. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.064>.
6. Morillo CA, Verma A, Connolly SJ, et al. RAAFT-2 Investigators. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic

drugs as first-line treatment of paroxysmal atrial fibrillation (RAAFT-2): a randomized trial. *JAMA*. 2014;311(7): 692-700. <http://doi.org/10.1001/jama.2014.467>.

7. Marrouche NF, Brachmann J, Andresen D, et al. CASTLE-AF Investigators. Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure. *N Engl J Med*. 2018;378(5):17-427. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1707855>.

8. Dan G-A, Martinez-Rubio A, Agewall S, et al. Antiarrhythmic drugs-clinical use and clinical decision making: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Cardiovascular Pharmacology, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRs) and International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP). *Europace*. 2018;20(5): 731-732. <http://doi.org/10.1093/europace/eux373>.

9. Коробченко ЛЕ, Байрамова СА, Харац ВЕ и др. Динамика антиаритмической терапии после катетерной абляции фибрилляции предсердий: данные российской клинической практики в регистре ESC-EHRA. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(5): 3874. [Korobchenko LE, Bayramova SA, Kharats VE, et al. Antiarrhythmic drug therapy after atrial fibrillation ablation: data of the ESC-EHRA registry. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(5): 3874. (In Russ.)].

10. Рычков АЮ, Хорькова НЮ, Минулина АВ. Как

изменилось применение антикоагулянтов у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий. Вестник аритмологии. 2017;(87): 29-32. [Rychkov AYu, Khorkova NYu, Minulina AV. Trends in use of anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Journal of Arrhythmology*. 2017;(87): 29-32. (In Russ.)].

11. Шубик ЮВ. Особенности профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий в России. Вестник аритмологии. 2017;(87): 5-6. [Shubik YuV. Features of the prevention of thromboembolic complications in patients with atrial fibrillation in Russia. *Journal of Arrhythmology*. 2017;(87): 5-6. (In Russ.)].

Благодарности: мы благодарны коллегам из других стран за проявленный интерес и участие в опросе, но при статистическом анализе их ответы не учитывались, т.к. задачей исследования была оценка состояния проблемы в Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ ОНЛАЙН-ОПРОСНИК «ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ»

- | | |
|---|---|
| 1. Ваш возраст, лет. | у пациентов без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями? |
| 2. Ваш пол.
А. Мужской.
Б. Женский. | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон.
Г. Соталол.
Д. Этацизин. |
| 3. Ваша основная врачебная специальность.
А. Кардиолог.
Б. Специалист функциональной диагностики.
В. Терапевт или врач общей практики.
Г. Иное. | 13. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете в качестве препарата 2-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов без органического заболевания сердца или с минимальными структурными изменениями? |
| 4. Ваша вторая врачебная специальность (если есть).
А. Кардиолог.
Б. Специалист функциональной диагностики.
В. Терапевт или врач общей практики.
Г. Иное. | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон.
Г. Соталол.
Д. Этацизин. |
| 5. Ваш врачебный стаж, лет. | 14. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете в качестве препарата 1-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой хронической сердечной недостаточности? |
| 6. Ваш регион России или иная страна. | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон.
Г. Соталол.
Д. Этацизин. |
| 7. В каком ЛПУ Вы работаете (основное место работы).
А. Стационар.
Б. Поликлиника.
В. Диспансер.
Г. Медицинский центр.
Д. Иное | 15. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете в качестве препарата 2-й линии для контроля ритма при ФП у пациентов с органическим заболеванием сердца в отсутствие клинически значимой хронической сердечной недостаточности? |
| 8. Характер финансирования основного места работы.
А. Бюджетный.
Б. Частный. | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон.
Г. Соталол.
Д. Этацизин. |
| 9. Примерное количество пациентов с разными формами ФП, которых Вы обследуете и лечите в месяц, число. | 16. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете для контроля ритма при ФП у пациентов с клинически значимой хронической сердечной недостаточностью? |
| 10. В каком % случаев при пароксизмальной ФП Вы отдаете предпочтение стратегии контроля ритма, а не контроля ЧСС, число (от 0 до 100). | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон. |
| 11. В каком % случаев при персистирующей ФП Вы отдаете предпочтение стратегии контроля ритма, а не контроля ЧСС, число (от 0 до 100). | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон. |
| 12. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете в качестве препарата 1-й линии для контроля ритма при ФП | А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон. |

Г. Соталол.
Д. Этакизин.

17. В рамках стратегии контроля ритма какой % пациентов Вы направляете на интервенционное лечение: радиочастотную (крио) абляцию, число (от 0 до 100).

18. В каком % случаев, с Вашей точки зрения, интервенционное лечение пароксизмальной ФП оказывается успешным вне зависимости от числа и характера процедур, число (от 0 до 100).

19. В каком % случаев, с Вашей точки зрения, интервенционное лечение персистирующей ФП оказывается успешным вне зависимости от числа и характера процедур, число (от 0 до 100).

20. В каком % случаев Вам приходится сталкиваться с осложнениями интервенционного лечения ФП, число (от 0 до 100).

21. Какой % Ваших пациентов после интервенционного лечения ФП получает бета-адреноблокаторы, число (от 0 до 100).

22. Какой % Ваших пациентов после интервенционного лечения ФП получает другие антиаритмические препараты?
А. Не более 3 месяцев.
Б. В течение 3-6 месяцев.
В. Более 6 месяцев.

23. Какой % Ваших пациентов после интервенционного лечения ФП как минимум 2 месяца получает пероральные антикоагулянты вне зависимости от степени риска по шкале CHA₂DS₂-VASc?

24. Какой % Ваших пациентов после успешного интервенционного лечения ФП получает пероральные антикоагулянты после 2-х месяцев при наличии у них не менее 2 баллов (мужчины) и не менее 3 баллов (женщины) по шкале CHA₂DS₂-VASc?

25. Какой из антиаритмиков Вы предпочитаете назначать (при необходимости) после интервенционного лечения ФП?
А. Аллапинин.
Б. Амiodарон.
В. Пропафенон.
Г. Соталол.
Д. Этакизин.
Е. Сочетания двух антиаритмических препаратов.

26. Какой из перечисленных ниже препаратов (или сочетание препаратов) Вы предпочитаете назначать для

контроля ЧСС пациентам с ФП в зависимости от величины фракции выброса левого желудочка?

А. Бетаксоллол.
Б. Бисопролол.
В. Метопролола сукцинат.
Г. Метопролола тартрат.
Д. Небиволол.
Е. Верапамил.
Ж. Дилтиазем.
З. Дигоксин.
И. Бета-блокатор + дигоксин.
К. Недигидропиридиновый антагонист кальция + дигоксин.

27. В каком % случаев Вы отдадите предпочтение одному из перечисленных ниже пероральных антикоагулянтов при наличии соответствующих показаний?

А. Апиксабан.
Б. Варфарин.
В. Дабигатрана этексилат.
Г. Ривароксабан.

28. В каком % случаев Вы рекомендуете пациентам принимать более низкую дозу перорального антикоагулянта?

А. Апиксабан (5 мг в сутки).
Б. Дабигатрана этексилат (220 мг в сутки).
В. Ривароксабан (15 мг в сутки).

29. Назначаете ли Вы пероральные антикоагулянты пациентам с ФП при наличии у них 1 балла (мужчины) и 2 баллов (женщины) по шкале CHA₂DS₂-VASc?

А. Да.
Б. Нет.

30. Вводите ли Вы (или даете перорально) антикоагулянты, восстанавливая синусовый ритм при пароксизмальной ФП продолжительностью не более 48 часов?

А. Да.
Б. Нет.

31. Используете ли Вы стратегию «таблетка в кармане» (прием «нагрузочной» дозы пропafenона 450-600 мг) для восстановления синусового ритма у пациентов с пароксизмальной ФП, получающих постоянную антиаритмическую терапию?

А. Да.
Б. Нет.

32. Используется ли в Вашем ЛПУ для восстановления синусового ритма российский антиаритмический препарат III класса Рефралон®?

А. Да.
Б. Нет.