

## **Лечение фибрилляции предсердий с позиций рекомендаций ESC 2010 года**

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»*

В статье рассматриваются новые подходы к ведению пациентов с фибрилляцией предсердий, изложенные в рекомендациях ESC 2010 года. Повышенное внимание к этой проблеме обусловлено появлением новых доказательных данных по различным аспектам ведения этих больных.

На конгрессе Европейского кардиологического общества, проходившем 28.08-01.09.10, были озвучены новые рекомендации ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). В связи с высокой распространенностью, риском развития опасных для жизни осложнений ФП является на сегодняшний день одной из важнейших проблем кардиологии. По оценкам экспертов, аритмия встречается у 1-2 % общей популяции. При наличии ФП в 4 раза выше риск ишемического инсульта, который на фоне ФП протекает тяжелее и чаще приводит к летальным исходам. Аритмия ассоциируется с сердечной недостаточностью, левожелудочковой дисфункцией.

В рекомендациях 2010 г. выделены 5 типов аритмии: первый эпизод ФП (сопровождающийся и не сопровождающийся симптомами или проходящий самостоятельно), пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы, длительный персистирующий эпизод ФП. Если ФП проходит спонтанно, то ее называют пароксизмальной; если ФП сохраняется более 7 дней, то используют термин персистирующая. Термин «длительный персистирующий эпизод ФП» впервые появился в рекомендациях 2010 года и определяется как продолжительный эпизод ФП (1 год и более) при наличии возможности восстановления у пациента синусового ритма.

ФП ассоциируется с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями и другими состояниями. Частота ФП увеличивается с возрастом: приблизительно у 8% у людей в возрасте старше 80 лет выявляется ФП. Артериальная гипертензия – фактор риска развития ФП. Клинически выраженная сердечная недостаточность (II-IV функциональный класс по NYHA) обнаруживается у 30% больных с ФП, с другой стороны – у 30-40% больных с хронической сердечной недостаточностью выявляется ФП. Поражение клапанного аппарата сердца обнаруживают у 30% больных с ФП. ФП приводит к увеличению левого предсердия и ранней манифестации при митральном стенозе или регургитации. Кардиомиопатии повышают риск развития ФП, особенно у молодых пациентов. Дефект межпредсердной перегородки ассоциируется с ФП у 10-15% пациентов. Гипертиреоз, включая субклинический, может приводить к развитию ФП. У 25% пациентов с ожирением, у 20 % больных сахарным диабетом и 10-15 % больных ХОБЛ выявляют ФП. Синдром обструктивного апноэ во время сна, особенно в комбинации с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и органическими заболеваниями сердца, может быть патофизиологическим фактором для развития ФП. У 10-15% больных с ФП выявляются хронические заболевания почек, на фоне почечной недостаточности повышается риск развития сердечно-сосудистых

осложнений.

Впервые в рекомендациях оценивается выраженность ФП в зависимости от степени клинических проявлений. Все симптомы ФП делятся на 4 класса (от полного отсутствия до выраженных инвалидизирующих симптомов). Качество жизни и тактика ведения больных ФП определяется в первую очередь наличием симптоматики аритмии. Сложно представить себе больного с выраженной клинической картиной ФП без антиаритмической терапии. С другой стороны, рекомендуются осторожные подходы к ведению пациентов с бессимптомным течением, акцент в лечении таких больных должен быть сделан на предотвращение тромбоэмболических осложнений, контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС) и профилактику возникновения симптомов сердечной недостаточности.

В новых рекомендациях обращается внимание на оценку динамики состояния пациентов, так как может, например, отпасть необходимость в проведении антикоагулянтной терапии при восстановлении ритма или появятся новые факторы риска, которые потребуют пересмотра терапии. При прогрессировании ФП от пароксизмальной или персистирующей до постоянной формы потребуется изменение тактики ведения от контроля ритма сердца до контроля ЧСС и профилактики тромбоэмболических осложнений.

Впервые в новых рекомендациях четко определены приоритеты в ведении больных ФП. На первом этапе необходимо зарегистрировать аритмию, определить выраженность симптомов и сопутствующие состояния. Затем проводится оценка риска тромбоэмболических осложнений с назначением по показаниям антитромботических препаратов. На третьем этапе решается вопрос о проведении кардиоверсии или применении препаратов для контроля ЧСС. В последующем обсуждается необходимость коррекции фоновых заболеваний. Внесены новые критерии в шкалу градации риска тромбоэмболических осложнений CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>. К факторам высокого риска развития инсульта (2 балла) отнесены перенесенный инсульт, транзиторная ишемическая атака, системные эмболии, возраст старше 75 лет. Факторами умеренного риска (1 балл) являются сердечная недостаточность или умеренная и тяжелая левожелудочковая дисфункция (фракция выброса левого желудочка  $\leq 40\%$ ), артериальная гипертензия, женский пол, возраст 65-74 года, сосудистые заболевания (первичный инфаркт миокарда, заболевание периферических артерий, атеросклероз аорты), сахарный диабет. Интерпретация обновленной шкалы, которая называется CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, изменилась незначительно. Если пациент в сумме набирает 2 балла и более обязательно назначаются антикоагулянты, 1 балл – возможно использование антикоагулянтов или аспирин в дозе 75-325 мг/день, но предпочтение отдается антикоагулянтам. Если нет факторов риска, назначаются небольшие дозы аспирина или не назначаются вообще антитромботические препараты, что в этой ситуации предпочтительнее. Кроме варфарина в рекомендациях обсуждается назначение и других препаратов (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban, betrixaban), для которых на сегодняшний день есть хорошая доказательная база. Назначение антикоагулянтов должно сопровождаться контролем МНО (целевое 2,0-3,0) и оценкой риска кровотечений по шкале HAS-BLED.

Таблица 1.

## Оценка риска кровотечений

Клинические характеристики	Баллы
Артериальная гипертензия	1
Нарушение функции печени	1
Нарушение функции почек	1
Инсульт	1
Кровотечение	1
Лабильное МНО	1
Возраст (старше 65 лет)	1
Прием лекарств или алкоголя (1 балл каждый)	1 или 2

Как видно из таблицы, в клинической практике часто факторы риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений пересекаются (артериальная гипертензия, инсульт, пожилой возраст). Риск кровотечений значительно увеличивается при наличии у пациента 3 баллов по шкале риска, поэтому необходим осторожный подход в ведении этих больных.

Несколько изменились подходы к контролю частоты сердечных сокращений (ЧСС). В рекомендациях 2006 года были определены целевые уровни ЧСС в пределах 60-80 ударов в 1 минуту. Но реальная клиническая практика показала, что у ряда пациентов агрессивное снижение ЧСС приводило к ухудшению гемодинамических параметров и, как следствие, качества жизни. Более того, в ряде проведенных исследований не было достигнуто лучших показателей по исходам при жестком контроле ЧСС (<80 уд/мин) по сравнению с пациентами из группы мягкого контроля ЧСС (<110 уд/мин). Авторы рекомендаций считают, что результаты терапии можно считать достигнутыми при исчезновении симптомов аритмии. При сохранении симптомов аритмии дозу препаратов необходимо титровать до оптимальной ЧСС (при которой состояние пациента оптимизируется). Выбор препарат для контроля ЧСС зависит от образа жизни больного, фоновых заболеваний. Например, больным, ведущим малоактивный образ жизни, рекомендуется назначение дигоксина. Пациентам, ведущим активный образ жизни, на фоне ХОБЛ препараты выбора – дилтиазем, верапамил, дигоксин, селективные  $\beta$ -адреноблокаторы, при симптомной ХСН -  $\beta$ -адреноблокаторы, дигоксин.

Впервые в рекомендациях при ведении пациентов без тяжелого органического заболевания сердца рекомендуется учитывать состояние вегетативной регуляции сердечного ритма. При доминировании симпатической активности лечение рекомендуется начинать с  $\beta$ -адреноблокаторов, препараты второго ряда - соталол, затем дронедазон. При наличии признаков парасимпатической гиперреактивности препаратом выбора является дизапирамид. Если врач не может выявить преобладание адренергической или вагусной активности можно назначить дронедазон, пропafenон, соталол, в качестве препарата второго ряда рекомендуется амиодорон.

Выбор препарата для контроля ритма зависит от формы ФП. У пациентов с идиопатической ФП или при минимальных структурных изменениях сердца лечение необходимо начинать с препаратов, уменьшающих ремоделирование

миокарда - ингибиторов АПФ или сартанов, статинов и  $\beta$ -адреноблокаторов. При неэффективности этих лекарств назначаются антиаритмические препараты (дронедарон, флекаинид, пропafenон, соталол, препарат резерва - амиодорон). При наличии выраженного структурного заболевания сердца лечение начинается с коррекции фонового заболевания и профилактики ремоделирования миокарда (ингибиторов АПФ или сартанов, статинов и  $\beta$ -адреноблокаторов). Выбор антиаритмического препарата осуществляется в зависимости от фонового заболевания. Больным ИБС без ХСН рекомендуется назначать дронедарон или соталол. При хронической сердечной недостаточности стабильным больным с ФК I/ II по NYHA рекомендуется дронедарон (препарат резерва – амиодорон), а при ФК III/IV по NYHA или декомпенсации ФК II по NYHA – амиодорон. Пациентам с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка препаратом выбора является дронедарон, при неэффективности – амиодорон. По сравнению с предыдущими рекомендациями более четко прописаны показания к интервенционным методам лечения. У пациентов без тяжелого органического поражения миокарда с пароксизмальной ФП выбор в пользу катетерной абляции рекомендуется делать до лечения амиодороном.

#### **Литература:**

1. A. JohnCamm, PaulusKirchhof, GregoryY.H.Lip et al.; ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2010. [www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)