УДК 616.12-008

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ЧТО НОВОГО В АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ?

THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION: WHAT'S NEW IN ANTICOAGULANT THERAPY?

©Горшков–Кантакузен В. А.
канд. богословия, DSc(med)
Российское Представительство Папского Колледжа св. Георгия
г. Гранд–Форкс, США, г. Москва, Россия
vladimir-gorsh@mail.ru
©Gorshkov–Cantacuzene V.
TD, DSc(med)
The Russian Delegation of the Pontifical Georgian College
Grand Forks, USA, Moscow, Russia
vladimir-gorsh@mail.ru

Аннотация. В настоящем обзоре рассмотрены новые европейские рекомендации по лечению фибрилляции предсердий в части антикоагулянтной терапии. Проведен сравнительный анализ с предыдущей версией рекомендаций (2012).

Abstract. In this review, new European guidelines for the management of atrial fibrillation in the part of anticoagulant therapy are considered. A comparative analysis with the previous version of the recommendations (2012).

Ключевые слова: рекомендации, фибрилляция предсердий, антикоагулянты.

Keywords: guidelines, atrial fibrillation, anticoagulants.

Август 2016 года был ознаменован важным событием в медицине: в Риме, на ежегодном Конгрессе Европейского кардиологического общества (ESC) были представлены новые рекомендации [1] по фибрилляции предсердий (ФП; мерцательной аритмии), разработанные специалистами ESC совместно со специалистами Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов (EACTS) и Европейской организации инсульта (ESO). Уникальными настоящие рекомендации делает тот факт, что их составлением занимались не только кардиологи и кардиохирурги, но и неврологи, нефрологи и другие специалисты, сталкивающиеся с ФП.

ФП – разновидность наджелудочковой тахиаритмии с хаотической электрической активностью предсердий, характеризующейся высокой частотой импульсов (350-700 в мин), что исключает возможность их координированного сокращения. При ФП ЭКГ имеет ряд характерных признаков, таких как отсутствие зубца P, наличие волны f и разница в длине интервалов R-R.

По оценкам специалистов к 2030 году количество пациентов с ФП в странах Европейского союза достигнет 16 миллионов человек. При этом, риск развития инсульта у пациентов с ФП составляет от 1,5% (до 60 лет) до 23,5% (старше 60 лет); увеличивается риск развития хронической сердечной недостаточности в 3,4 раза, а риск смерти – в 2 раза. Статистика, увы, неутешительная.

Предыдущие рекомендации (2012) [2], впервые, в качестве первой стратегии предложили антикоагулянтную терапию. Так, при наличии минимум 2 баллов (в новых – 2 у мужчин и 3 у женщин) по шкале CHA_2DS_2-VAS_c необходимо начинать антикоагулянтную терапию. То есть у пациентов с ФП для назначения непрямых пероральных антикоагулянтов (антагонистов витамина К; АВК) или прямых оральных антикоагулянтов (не антагонистов витамина К пероральных антикоагулянтов; НОАК) достаточным было наличие гипертензии (+1) осложненной сахарным диабетом (+1), или атеросклероза (+1) у женщин (+1), или возраст старше 75 лет (+2). Справедливости ради стоит отметить, что назначение антикоагулянтов чревато развитием кровотечений, поэтому для оценки рисков кровотечений еще в 2012 году была введена шкала HAS-BLED. Сумма баллов больше 3 по данной шкале указывает на высокий риск развития кровотечений. Так, например, гипертензия по шкале CHA_2DS_2-VAS_c и по шкале HAS-BLED имеет 1 балл. Таким образом, специалисту стоит оценивать риски перед назначением антикоагулянтной терапии. С другой стороны, шкала CHA_2DS_2-VAS_c *не используется* при механическом протезе клапанов сердца, так как наличие механического протеза уже является показанием для назначения антикоагулянтов.

При назначении антикоагулянтной терапии (CHA_2DS_2-VAS_c $\geq$2 у мужчин и 3 у женщин) стоит взвешивать все «за» и «против», пытаясь балансировать между двумя пропастями: инсультом и кровотечением. И если в прошлых рекомендациях оценка рисков кровотечений была обязательной (шкал HAS-BLED), то в нынешних указано, что «*использование шкал кровотечений должно быть рассмотрено для оценки модифицируемых факторов риска большого кровотечения*». В связи с этим встает вопрос: стоит ли использовать шкалу HAS-BLED и выделять риски (высокие/низкие)? Опыт показывает, что оценить риски стоит. Однако, это личное мнение автора данного обзора. Возможно, составители рекомендаций пытались таким образом исключить страх специалиста перед назначением антикоагулянтной терапии при наличии высокого риска кровотечения и инсульта. Справедливости ради отметим, что в новых рекомендациях приведена оценка геморрагических осложнений для коррекции модифицируемых факторов риска. Возможно, стоит комплексно подходить к оценкам рисков, используя как возможность коррекции модифицируемых факторов, так и шкалу HAS-BLED.

Составители новых рекомендаций также решили отойти от традиций, что довольно редко бывает в медицине и достаточно скептически встречается медицинским сообществом. При ФП на фоне митрального стеноза риск тромбоэмболических осложнений возрастает, однако, нет убедительных доказательств, что иные клапанные пороки сердца, включая митральную недостаточность и патологии аортального клапана, следует учитывать при выборе антикоагулянтов. В связи с этим, термин «неклапанная ФП» был заменен указаниями на специфические состояния, лежащие в основе развития заболевания. Таким образом, медицинская наука уже не знает разделения ФП на «клапанные» и «неклапанные».

Также, в новых рекомендациях, в качестве препаратов первого выбора, рекомендованы НОАК (апиксабан, дабигатран, ривароксабан), которые предотвращают риск инсульта эффективнее, чем АВК, и ассоциируются при этом с более низкой частотой внутричерепных кровоизлияний и смерти. При этом не стоит списывать АВК, так как их использование предпочтительнее у пациентов с риском желудочно-кишечного кровотечения.

С другой стороны, отношение к варфарину тоже постепенно меняется. Так, в случае, если не удается поддерживать высокий уровень (более 70%; в прошлых рекомендациях – 60%) времени нахождения в терапевтическом диапазоне (в котором МНО регистрируется в диапазоне 2-3), следует рассмотреть перевод на НОАК. Это связано с тем, что риск развития больших кровотечений, инсульта и смерти при времени нахождения в терапевтическом

диапазоне 60-70% и ниже 60% (что особенно свойственно для России) увеличивается на 42% и 84%, соответственно.

В клинической практике бывают случаи, когда пациент с ФП (независимо от риска инсульта) отказывается от антикоагулянтной терапии. В таком случае, рекомендации 2012 года предписывали рассмотреть возможность назначения антиагрегантов – всем известную комбинацию аспирин+клопидогрел (или только аспирин, что менее эффективно!). Новые рекомендации уже не рекомендуют монотерапию антиагрегантами.

Другим важным сюрпризом стали рекомендации по назначению антикоагулянтов пациентам с низким риском тромбоэмболических осложнений при ФП (CHA_2DS_2-VAS_c = 1 у мужчин и 2 у женщин). Согласно статистике, риск развития инсульта у таких пациентов составляет всего 1%, что, конечно же, мало в рамках статистики, но безмерно много в рамках человеческой жизни. Поэтому, хотя в новых рекомендациях и предложено только рассмотреть назначение оральных антикоагулянтов, указанный класс доказательности (IIa) говорит о том, что данных о положительном влиянии антикоагулянтной терапии у таких пациентов значительно больше, чем отрицательных.

Подверглась изменению и оценка функции почек при ФП. Так, функцию почек рекомендуется оценивать на основании креатинина сыворотки или клиренса креатинина (в 2012 – только клиренса креатинина) для выявления болезни почек и возможной коррекции дозы для терапии ФП. Однако, остается неясным, как часто должна проводиться эта оценка (в 2012 – 2-3 раза в год), поэтому, в данном случае, имеет смысл придерживаться старых рекомендаций.

Итак, новые рекомендации принесли ряд приятных сюрпризов, но, вместе с тем, некоторые места в них вызывают ряд вопросов. Само слово «рекомендация» («recommendatio») означает «совет»; принятые рекомендации не имеют обязательной юридической силы, поэтому врач должен их использовать как некую основу, а не алгоритм действий. Справедливости ради стоит отметить, что составители рекомендаций произвели колоссальную работу, систематизировав для нас огромное количество результатов исследований, поэтому имеющиеся недочеты меркнут перед достоинствами. Помимо этого, данные рекомендации еще раз доказали, что эффективное лечение пациентов и прогресс в медицинской науке возможны только при комплексном участии специалистов разных специализаций.

Список литературы:

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, Eur J Cardiothorac Surg. 2016; 50(5): e1-e88.
2. 2012 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, Eur Heart J. 2012; 33(21): 2719–2747.

References:

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, Eur J Cardiothorac Surg. 2016; 50(5): e1-e88.
2. 2012 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, Eur Heart J. 2012; 33(21): 2719–2747.

Работа поступила в редакцию 20.03.2017 г.

Принята к публикации 22.03.2017 г.

Ссылка для цитирования:

Горшков–Кантакузен В. А. Рекомендации Европейского кардиологического общества по лечению фибрилляции предсердий: что нового в антикоагулянтной терапии? // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2017. №4 (17). С. 72–75. Режим доступа: http://www.bulletennauki.com/gorchkov (дата обращения 15.04.2017).

Cite as (APA):

Gorshkov–Cantacuzene, V. (2017). The European society of cardiology guidelines for the management of atrial fibrillation: what's new in anticoagulant therapy? *Bulletin of Science and Practice,* (4), 72–75.