

НОВОСТИ КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

© Е.З. ГОЛУХОВА, Н.И. БУЛАЕВА, 2014

УДК 616.12-008.313.2«2014»

Фибрилляция предсердий 2014: по материалам обновленных рекомендаций АНА/ACC/HRS

Е.З. Голухова, Н.И. Булаева

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия); Рублевское шоссе, 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Голухова Елена Зеликовна, доктор мед. наук, профессор, чл.-корр. РАН, заведующий отделением;
Булаева Наида Ибадулаевна, и.о. ст. научн. сотр., врач-кардиолог; e-mail: naida_bulaeva@yahoo.com

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частая аритмия, встречающаяся в клинической практике. С каждым годом число больных с ФП увеличивается, что в первую очередь связано с общим старением населения, а также наличием сопутствующей патологии. С целью изучения данной проблемы, поисков оптимальной терапии и наиболее эффективного ведения пациентов проводится огромное количество исследований, которые в свою очередь служат основой для современных клинических рекомендаций. В данной статье мы попытались проанализировать обновленные рекомендации Американской ассоциации сердца (АНА), Американской коллегии кардиологов (ACC) за 2014 г.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; антагонисты витамина К; новые оральные антикоагулянты; профилактика инсульта.

Atrial fibrillation in 2014: based on the updated guidelines AHA/ACC/HRS

E.Z. Golukhova, N.I. Bulaeva

A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery; Rublevskoe shosse, 135, Moscow, 121552, Russian Federation

Golukhova Elena Zelikovna, MD, DM, Professor, Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Chief of Department;

Bulaeva Naida Ibadulaevna, Cardiologist, Acting Senior Research Associate; e-mail: naida_bulaeva@yahoo.com

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in clinical practice. Number of patients with AF increases every year, primary due to the general aging of the population, as well as the presence of comorbidities. There are huge amount of research carried due to the search for optimal treatment and the most effective management of patients. In this article, we analyzed updated recommendations of the American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) in 2014.

Key words: atrial fibrillation; antagonists vitamin K; novel oral anticoagulants; stroke prevention.

Сердцебиение принято рассматривать как естественный признак жизни, но далеко не каждый задумывается о качестве и особенностях ритма своего сердца. Наиболее распространенной аритмией, с которой мы сталкиваемся в клинической практике, является фибрилляция предсердий (ФП). Известно, что ФП ассоциируется с пяти-

кратным увеличением риска развития инсульта, трехкратным – сердечной недостаточности, двукратным – деменции и смертности [1–3]. Согласно данным статистики, распространенность этого заболевания в общей популяции достигает 2% [4]. В частности, от 2,7 до 6,1 млн взрослых американцев страдают ФП. В странах Европы

число больных ФП превышает 6 млн человек. Ожидается, что в связи с постарением населения в течение последующих 25 лет эти показатели увеличатся вдвое [1, 4].

Значимую роль в развитии ФП играет сопутствующая кардиальная (ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, кардиопатии) и экстракардиальная патология (сахарный диабет, патология щитовидной железы, гипертензия, инсульты) [1]. Клинически ФП может варьировать от асимптомной до тяжелокурабельной формы [4]. Бессимптомное течение зачастую усугубляет тяжесть больных с ФП. Нередко диагноз ставится уже на фоне случившихся осложнений – инсульта, транзиторной ишемической атаки, массивных тромбозов. Именно с целью оценки вероятности развития таких нежелательных событий были разработаны и приняты во всем мире шкалы CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc.

Проблеме ФП посвящено огромное количество исследований, на базе которых построены современные клинические руководства ведущих экспертов в данной области [5–7]. Подобные рекомендации ежедневно помогают врачу в выборе адекватной стратегии ведения конкретного пациента. Современные практические рекомендации ведущих специалистов, основанные на экспертном анализе имеющихся данных о преимуществах и возможных рисках различных методов лечения, направлены на улучшение качества и оптимизацию медицинской помощи, диагностики, лечения и стратификации риска. Не менее значимой точкой приложения является улучшение качества жизни пациентов, снижение частоты инвалидизации и, что немаловажно, сокращение экономических затрат.

В 2014 г. были опубликованы новые рекомендации Американской ассоциации сердца (AHA), Американской коллегии кардиологов (ACC) и общества аритмологов (HRS) совместно с Американским обществом торакальных хирургов (AATS) по ведению больных с ФП. В документ были

внесены некоторые дополнения к рекомендациям от 2006 г., обновлениям, опубликованным в 2011 г., кроме того, он отражает некоторые изменения в обновленных Европейских рекомендациях по ФП 2012 г. Основной целью этого документа явилось разъяснение ряда вопросов относительно ведения огромного числа больных с ФП, выбора адекватной стратегии лечения, в том числе антикоагулянтной терапии.

Остановимся более подробно на некоторых позициях обновленных рекомендаций. Впервые неклапанная ФП выделена как самостоятельная форма в классификации: возникающая при отсутствии ревматического порока или пластики и протезирования митрального клапана [1].

Особое внимание уделяется трепетанию предсердий, отмечается зависимость между частотой развития каватрикуспидального трепетания предсердий и наличием ожирения, синдрома ночного апноэ, приемом антиаритмиков, а также общим постарением населения. Авторы призывают очень внимательно относиться к постановке диагноза фибрилляция и/или трепетание предсердий. Эволюция методов электрофизиологического исследования, в частности исследование активности левого предсердия, позволяет выявить атипичные формы трепетания предсердий. Зачастую крупноволновая фибрилляция предсердий ошибочно может быть принята за трепетание предсердий [8]. Правильная постановка диагноза весьма важна, поскольку в данном случае решается дальнейшая стратегия ведения пациента перед аблацией, которая, как известно, существенно различается при фибрилляции и трепетании предсердий. Не менее важна консультация относительно ожиданий пациентов перед аблацией при типичной и атипичной формах трепетания предсердий: при типичной форме процент эффективности гораздо выше [9].

Что нового в рекомендациях относительно антитромботической терапии? CHA₂DS₂-VASc заменяет CHADS₂. Для

оценки риска инсульта у пациентов с неклапанной ФП предпочтительнее использование шкалы CHA₂DS₂-VASc (I B). В этой шкале по одному баллу приходится на хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипертензию, сахарный диабет, сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, заболевания периферических артерий, атеросклероз аорты), возраст от 65 до 74 лет и пол (женский); два балла — на возраст 75 лет и старше, инсульт, транзиторную ишемическую атаку (ТИА), тромбоэмболию. По сравнению со шкалой CHADS₂ шкала CHA₂DS₂-VASc для больных с неклапанной ФП имеет более широкий диапазон оценки (0–9 баллов) и включает в себя большее количество факторов риска. По данным этой шкалы, у женщин не может быть 0 баллов. Был выполнен ряд исследований, в которых проводилось сравнение обеих шкал [10]. Так, в Датском общенациональном Реестре, который включает данные с 1997 по 2008 г., показана большая прогностическая значимость CHA₂DS₂-VASc [11]. В исследовании, выполненном в институте Вирджинии, куда вошло 1664 пациента с ФП, было показано, что именно по шкале CHA₂DS₂-VASc были более четко определены показания к антикоагулянтной терапии, которые не были получены при оценке по CHADS₂, особенно у пожилых женщин, и более адекватно перераспределяются больные от категории низкого риска до высокого [10, 11]. По разным данным, число недооцененных и «недополучивших» антикоагулянтную терапию с целью профилактики тромбоэмболических осложнений составляет до 25%. Опираясь на результаты многочисленных работ в этой области, эксперты пришли к выводу, что CHA₂DS₂-VASc наиболее полезна в стратификации неклапанной ФП и особенно у пациентов с низкой степенью риска, что нередко может играть драматическую роль [10–13].

Для оценки риска развития кровотечения возможно использование таких шкал, как HAS-BLED (Hypertension, Abnormal renal/

liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/alcohol concomitantly), REITE (Computerized Registry of Patients With Venous Thromboembolism) и HEMORR2HAGES (Hepatic or Renal Disease, Ethanol Abuse, Malignancy, Older Age, Reduced Platelet Count or Function, Rebleeding, Hypertension, Anemia, Genetic Factors, Excessive Fall Risk and Stroke), однако ввиду недостаточной доказательной базы они не внесены в рекомендации.

Долгое время только терапия антагонистами витамина К (АВК) являлась стандартом в плане профилактики инсульта у больных с ФП [14]. Несмотря на высокую эффективность АВК в снижении риска инсульта у пациентов с неклапанной ФП, существуют значительные проблемы в отношении их использования: регулярный мониторинг уровня международного нормализованного отношения (МНО), коррекция дозы препарата, особенности взаимодействия с другими препаратами, а также с рядом пищевых продуктов, генетические особенности пациента и другие факторы [15, 16]. Врачи по-прежнему неохотно назначают АВК, отчасти в связи с вышеуказанными особенностями самого препарата, отчасти в связи с недооценкой риска тромбоэмболических осложнений [17], в ряде случаев — опасаясь геморрагических осложнений, особенно у пожилых [18]. Вследствие этих ограничений только половина пациентов от должного их числа (около 51%) получает АВК и менее половины из них достигают и контролируют целевые значения МНО, что в свою очередь отражается на неудовлетворительных показателях в отношении профилактики инсультов при ФП [19, 20].

Одно из наиболее широких международных исследований в этой области — Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation, которое проводилось в 2003–2004 гг., включало 5333 пациента из 182 медицинских учреждений 35 стран. Основной задачей была оценка ведения больных с ФП в странах —

членах Европейского общества кардиологов (ESC) и сопоставление рекомендаций и ежедневной кардиологической практики [21]. Исследование показало, что в реальной жизни существуют значительные противоречия между клинической практикой и рекомендациями. В частности, оральные антикоагулянты (ОАК) по показаниям были назначены 67% пациентам, а 49% – без показаний.

Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation продемонстрировало увеличение использования ОАК с увеличением риска развития инсульта, в отличие от результатов широкого общенационального ретроспективного исследования, проведенного в США с участием 171 000 пациентов с ФП (51 907 из которых с впервые диагностированной ФП) и показавшего, что использование варфарина было снижено во всех категориях риска (в целом – у 42,6%; у пациентов с впервые диагностированной ФП – 49,5%) [21]. По данным исследований, имеет место недостаточное использование ОАК у пациентов с повышенным риском и чрезмерное использование в группе низкого риска. К сожалению, данные последних лет также свидетельствуют о недостаточной приверженности, основанной на руководстве по ФП [4, 22].

В декабре 2009 г. был создан очередной крупный научно-исследовательский проект – Реестр GARFIELD-AF, который представляет собой многоцентровое наблюдательное международное исследование пациентов с впервые выявленной неклапанной ФП. Это исследование предполагает проспективный сбор данных 50 000 пациентов не менее чем в 1000 центров в 35 странах Северной и Южной Америки, Западной и Восточной Европы, Азии, Африки и Австралии.

Целью исследования GARFIELD-AF является изучение условий наступления таких осложнений, как тромбоэмболия и кровотечение в зависимости от применяемой антикоагулянтной терапии в данной группе больных. Период наблюдения

составит от 2 до 8 лет после постановки диагноза ФП. Пациентов включают в Реестр независимо от вида лечения. С целью обеспечения наибольшей репрезентативности медицинские центры для участия в исследовании отобраны случайным образом. Во всех группах пациентов будет проведен проспективный анализ данных, что позволит оценить изменения в лечении и исходы у пациентов с ФП на протяжении непрерывных периодов наблюдения [4].

Если в предыдущих рекомендациях в качестве антикоагулянта речь шла только о варфарине, то в 2014 г. для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с неклапанной ФП введено три новых оральных антикоагулянта (НОАК), появившихся на рынке за два последних года. Согласно рекомендациям, «всем пациентам с неклапанной ФП, перенесшим инсульт, ТИА или имеющим баллы по шкале CHA₂DS₂-VASc 2 и более, рекомендуется назначить пероральные антикоагулянты: варфарин (МНО 2,0–3,0) (I A), дабигатран этаксилат (I B) – прямой ингибитор тромбина, ривароксабан (I B) – ингибитор FXa, апиксабан (I B) – ингибитор FXa.

Главное «неудобство» в приеме АВК связано, как известно, с необходимостью определения МНО, которое должно находиться в надлежащем терапевтическом диапазоне. Необходимость определения этого параметра является «ахиллесовой пятой» данной группы препаратов. Вот почему столь обнадеживающе выглядят препараты НОАК, в числе которых – ингибиторы фактора Ха и прямой ингибитор тромбина. В поисках возможности избежать недостатков приема АВК уже выполнены клинические испытания препаратов НОАК и на сегодняшний день еще продолжают.

Так, в хорошо известном исследовании RE-LY (Randomized Evaluation of Long term anticoagulant therapy), в которое включено 15 400 пациентов из 34 стран, проводилось сравнение приема дабигатрана этексилата (прямого ингибитора тромбина) с хорошо

контролируемым варфарином. Первичной конечной точкой исследования была частота инсультов (включая геморрагические) и системных эмболий. Вторичные конечные точки включали общую смертность, частоту инсультов (включая геморрагические), системные эмболии, тромбоэмболии легочных артерий, инфаркты миокарда и сердечно-сосудистую смертность (включая смерть от геморрагических осложнений). Дополнительные конечные точки безопасности включали число крупных и малых геморрагических событий, внутричерепных кровоизлияний, внутримозговых кровоизлияний, повышение уровня печеночных ферментов, билирубина и развитие нарушений функции печени. Оценка режимов терапии проводилась по критерию «non-inferiority». По данным исследования, дабигатран в дозе 150 мг превосходит варфарин в отношении профилактики ишемического или геморрагического инсульта и системной эмболии у взрослых пациентов с неклапанной ФП [23, 24]. Результаты приема дабигатрана в дозе 110 мг не уступали хорошо контролируемому варфарину в плане профилактики инсульта или системной эмболии у взрослых пациентов с неклапанной ФП [23, 24]. На сегодняшний день дабигатрана этексилат одобрен более чем в 70 странах мира.

В ходе двойного слепого международного клинического исследования III фазы ROCKET AF сравнивали ривароксабан (20 мг 1 раз в сутки), пероральный прямой ингибитор фактора Ха для приема один раз в сутки, и антагонисты витамина К для профилактики инсульта и эмболии у пациентов с мерцательной аритмией. Были получены сопоставимые показатели большого кровотечения и клинически значимого малого кровотечения, а также существенно более низкие показатели внутричерепного кровоизлияния, чем на варфарине, что и послужило основанием для регистрации данного препарата [25].

Важным шагом в изучении антитромботической терапии явился запуск междуна-

родного многоцентрового исследования Registry GLORIATM-AF – Global Registry on Long-Term Oral Antithrombotic Treatment in Patients with Atrial Fibrillation (Регистр долгосрочной пероральной антитромботической терапии у пациентов с мерцательной аритмией GLORIATM-AF), о чем было заявлено в 2012 г. Эта программа направлена на создание крупнейшего в мире реестра по оценке долгосрочного использования пероральной антитромботической терапии с целью профилактики инсультов у больных с неклапанной ФП. В исследование планируют включить до 56 000 пациентов из 50 стран. В исследование будут входить важнейшие данные о безопасности и сравнительной эффективности антитромботической терапии, включая антагонист витамина К – варфарин, ацетилсалициловую кислоту и новые пероральные антикоагулянты, такие как дабигатрана этексилат. С выходом новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) на рынок очень важно получить убедительные клинические данные относительно их эффективности в профилактике инсульта у данной категории больных.

Чтобы отразить реальную картину, в GLORIATM-AF задействован широкий круг медицинских профессионалов: врачи общей практики, специалисты офисов, городских больниц, университетских клиник, центров амбулаторной помощи и антикоагулянтных клиник. В 2012 г. программа стартовала в основных регионах мира, включая США, страны ЕС, Латинской Америки, Азии и другие страны-участницы. Завершение исследования ожидается к 2020 г.

В мае 2014 г. были представлены результаты I этапа программы Registry GLORIATM-AF, полученные до назначения НОАК. В исследование включили 1063 вновь диагностированных пациента с ФП с умеренным или высоким риском развития тромбоэмболических осложнений. Были получены следующие результаты [26]:

– большинству из поступивших пациентов была показана антитромботическая

терапия с целью профилактики инсульта, так как они соответствовали средней или высокой группе риска ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$). Несмотря на эти данные, каждый четвертый пациент (25,9%) в Китае не получал антитромботическую терапию. Для сравнения в Европе такие больные составляют 8,6%;

– большинство пациентов (53,7%) в Китае получали антитромбоцитарную терапию по сравнению с 27,1% в Европе;

– использование варфарина является самым низким в Китае и самым высоким в Европе. Почти две трети (63,9%) пациентов с ФП в Европе получали варфарин по сравнению с 20,3% в Китае;

– варфарин наиболее часто назначали пациентам с высоким риском инсульта (36,1%, $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$) по сравнению с теми, кто относился к группе умеренного риска инсульта (20,1%, $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 1$).

В результате обработки полученных данных выявлено, что у больных с ФП в Китае потенциально выше риск развития тромбоемболических осложнений по сравнению с европейскими показателями в связи с отсутствием антикоагулянтной терапии или ее неадекватностью [26].

Несмотря на наличие внушительной базы исследований и тот факт, что эффективность и безопасность НОАК доказана, четких рекомендаций к выбору конкретного антикоагулянта не последовало. При назначении антикоагулянта, а также при возможном переходе с одного на другой необходимо учитывать ряд факторов, включая достижение целевого уровня МНО, стабильность уровня МНО и даже личностные особенности больного. Одним из барьеров для широкого использования НОАК может быть высокая стоимость. Кроме того, дабигатран и ривароксабан противопоказаны больным с терминальной стадией почечной недостаточности или больным, находящимся на гемодиализе. Апиксабан недавно был одобрен для приема пациентами, находящимися на гемодиализе, однако достаточного клинического опыта еще нет,

поэтому исследования в данном направлении также не прекращаются.

Пациентам с ФП после протезирования клапанов сердца перед операцией в качестве «моста» необходим переход с варфарина на нефракционированный или низкомолекулярный гепарин (I C). При этом необходимо сопоставить риски развития кровотечения и инсульта.

Важное изменение в рекомендациях – снижение значения аспирина. Как оказалось, роль аспирина в профилактике тромботических осложнений не велика. «Нет исследований, за исключением SPAF-1, где бы была доказана положительная роль аспирина в профилактике инсульта у больных с ФП» [1]. Авторы использовали данные исследования BAFTA – Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged (лечение мерцательной аритмии у пожилых), где сравнивались результаты применения варфарина и аспирина у больных старше 75 лет с высоким риском развития осложнений. В группе пациентов, получавших варфарин, отмечалось меньшее количество инсультов и сопоставимое количество кровотечений по сравнению с больными, принимавшими аспирин [27–29]. Также было показано, что риск экстракраниальных кровотечений составил с варфарином 1,4%, с аспирином – 1,6%.

Таким образом, учитывая отсутствие доказательной базы о роли аспирина у больных с низким риском, ставится под сомнение общепринятая тактика назначения аспирина подобным пациентам.

Пациентам с ФП с целью снижения длительности двойной антитромбоцитарной терапии рекомендовано стентирование с использованием голометаллических стентов (II C). Пациентам с ФП после реваскуляризации миокарда (чрескожное коронарное вмешательство или хирургическая операция) рекомендуется назначение клопидогрела (в дозе 75 мг ежедневно) и орального антикоагулянта без аспирина (II B).

Что касается альтернативных – нефармакологических методов профилактики

тромбоэмболических осложнений, в частности чрескожной окклюзии ушка ЛП, никаких официальных рекомендаций не последовало. Исходя из соответствующих заявлений, на данном этапе консенсус относительно самой процедуры не достигнут, что связано с различными методиками хирургического доступа, неоднородными данными о количестве успешных процедур окклюзии ЛП, а также неизвестными отдаленными результатами относительно наличия или отсутствия тромбоэмболических осложнений.

В отношении рекомендаций по контролю частоты сердечных сокращений (ЧСС) следует отметить следующее. Авторы подчеркивают, что при назначении препаратов с целью контроля ритма необходим индивидуальный подход. При условии сохранной функции левого желудочка и отсутствии клинической симптоматики приветствуется стратегия плавного снижения ЧСС (менее 110 уд/мин) (II B). Также говорится о необходимости соблюдения осторожности в плане назначения дигоксина. Обращают внимание на особенности фармакокинетики и фармакодинамики дигоксина, узкое терапевтическое окно, ссылаются на данные последних метаанализов, которые указывают на возможное негативное влияние препарата.

До назначения медикаментозного лечения рекомендовано устранить возможные обратимые причины возникновения ФП (I C). По данным последних рекомендаций, сюда относятся эктопическая ФП, тиреотоксикоз, острая алкогольная интоксикация, инфекции, обострение хронической обструктивной болезни легких, травма. Понятно, что решение этих проблем, возможно, действительно поможет профилактике рецидивов ФП. Но и здесь необходим разумный подход, поскольку такие проблемы, как ожирение, ночное апноэ, гипертония, метаболический синдром тоже относятся к обратимым причинам. И в данном случае необходима абсолютно трезвая оценка ситуации.

Важным изменением является то, что более значимая роль в лечении ФП отводится радиочастотной абляции, в частности, даже в качестве первичной терапии у больных с выраженной симптоматикой. «В отношении контроля ритма у пациентов с рецидивирующей симптоматической пароксизмальной ФП катетерная абляция является разумной первоначальной стратегией еще до подбора антиаритмической лекарственной терапии, при этом необходимо оценить риск и результаты медикаментозной терапии и катетерной абляции (уровень доказательности B)», – говорится в рекомендациях.

Радиочастотную абляцию не следует проводить пациентам, которым не могут быть назначены антикоагулянты (III C).

Что касается абляции АВ-узла с последующей имплантацией ЭКС и постоянной желудочковой стимуляцией, она показана в случае неэффективности медикаментозной терапии и неконтролируемой ЧСС (II A). Также говорится о пользе ресинхронизирующей терапии (CRT) у пациентов после абляции АВ-узла, имеющих умеренную или тяжелую систолическую дисфункцию.

Нельзя забывать и о таком виде хирургического лечения, как операция «лабиринт». В ряде случаев у определенного контингента больных его можно рассматривать как оптимальный метод лечения (II A).

Относительно особых групп пациентов также последовали рекомендации. Для спортсменов есть две основные стратегии. Во-первых, это стратегия «pill-in-the-pocket», когда больной самостоятельно купирует приступ ФП приемом антиаритмиков, которые должны постоянно находиться у него «в кармане». Во-вторых, таким пациентам показана катетерная абляция в качестве первой линии терапии.

Что касается пожилых пациентов, акцентируется внимание на том, что назначать антиаритмические препараты необходимо строго с учетом всех нюансов, особенностей метаболизма и предостережений.

При гипертрофической кардиомиопатии РЧА с целью контроля ритма возможна в том случае, если аритмические препараты неэффективны или противопоказаны (II В).

При сердечной недостаточности и ФП одним из важных пунктов является назначение недигидропиридиновых Са-блокаторов только у пациентов с сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), поскольку очень часто в отделениях интенсивной терапии больным с впервые выявленной ФП, с еще неизвестной ФВ ЛЖ, назначают дилтиазем. В связи с этим необходимо пересмотреть данную тактику.

Несмотря на многочисленные исследования и эволюцию относительно ведения и лечения пациентов с ФП, нельзя сказать, что наступила полная ясность в этой области. Мы по-прежнему сомневаемся в отношении больных с низким риском по шкале CHA₂DS₂-VASc (1 балл), должен ли он принимать аспирин, или, возможно, ему следует назначить антикоагулянт. Что касается самих антикоагулянтов, продолжают поиски оптимальных схем, дозировок, лучших и более эффективных препаратов для профилактики осложнений, снижения риска геморрагических осложнений и т. д. Также сохраняются вопросы о наиболее эффективном методе лечения и ведении данной категории больных, на которые в ближайшем будущем, благодаря непрекращающимся исследованиям хотелось бы получить ответы. Все эти проблемы объединяют ведущих экспертов, которые прилагают немало совместных усилий в поисках желаемых результатов.

Литература/References

1. January C.T., Wann L.S., Alpert J.S. et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.03.022.
2. Turakhia M., Solomon M.D., Jhaveri M. et al. Burden, timing, and relationship of cardiovascular hospitalization to mortality among Medicare beneficiaries with newly diagnosed atrial fibrillation. *Am. Heart J.* 2013; 166: 573–80.
3. Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. 2007. *Eur. Heart J.* 28: 2803–17.
4. Kakkar A.K., Mueller I., Bassand J.-P. et al. Risk Profiles and Antithrombotic Treatment of Patients Newly Diagnosed with Atrial Fibrillation at Risk of Stroke: Perspectives from the International, Observational, Prospective GARFIELD Registry. *PLOS ONE.* 2013; 8 (5): e63479.
5. Fox K.A., Eagle K.A., Gore J.M. et al. The Global Registry of Acute Coronary Events, 1999 to 2009 – GRACE. *Heart.* 2010. 96: 1095–101.
6. Healey J., Oldgren J., Parekh A. et al. Global variations in the 1-year rates of death and stroke in 15,432 patients presenting to the emergency department with atrial fibrillation in 47 countries: The RE-LY AF Registry; 2012; Munich, Germany.
7. Piccini J.P., Holmes D.N., Ollis D.M. et al. Patterns of atrial fibrillation and treatment strategies vary according to provider specialty across community practice settings: findings from the ORBIT-AF Registry. *Circulation.* 2011; 124: A16415.
8. Knight B.P., Michaud G.F., Strickberger S.A. et al. Electrocardiographic differentiation of atrial flutter from atrial fibrillation by physicians. *J. Electrocardiol.* 1999; 32: 315–9.
9. Bertaglia E., Zoppo F., Bonso A. et al. Long term follow up of radiofrequency catheter ablation of atrial flutter: clinical course and predictors of atrial fibrillation occurrence. *Heart.* 2004; 90: 59–63.
10. Mason P.K., Lake E., DiMarco J.P. et al. Impact of the CHA₂DS₂-VASc score on anticoagulation recommendations for atrial fibrillation. *Am. J. Med.* 2012; 125: 603–6.
11. Friberg L., Benson L., Rosenqvist M. et al. Assessment of female sex as a risk factor in atrial fibrillation in Sweden: nationwide retrospective cohort study. *BMJ.* 2012; 344: e3522.
12. Olesen J.B., Torp-Pedersen C., Hansen M.L. et al. The value of the CHA₂DS₂-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS₂ score 0-1: a nationwide cohort study. *Thromb. Haemost.* 2012; 107: 1172–9.
13. Lip G.Y.H., Nieuwlaar R., Pisters R. et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor based approach: the Euro Heart survey on atrial fibrillation. *Chest.* 2010; 137: 263–72.
14. Hart R.G., Pearce L.A., Aguilar M.I. et al. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non-valvular atrial fibrillation. *Ann. Intern. Med.* 2007; 146: 857–67.
15. Ansell J., Hirsh J., Hylek E. et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008; 133: 160–98.
16. Holbrook A.M., Pereira J.A., Labiris R. et al. Systematic overview of warfarin and its drug and food interactions. *Arch. Intern. Med.* 2005; 165: 1095–06.

17. Nieuwlaat R., Prins M.H., Le Heuzey J.Y. et al. Prognosis, disease progression, and treatment of atrial fibrillation patients during 1 year: follow-up of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Eur. Heart J.* 2008; 29: 1181–9.
18. Tulner L.R., Van Campen J.P., Kuper I.M. et al. Reasons for undertreatment with oral anticoagulants in frail geriatric outpatients with atrial fibrillation: a prospective, descriptive study. *Drugs Aging.* 2010; 27: 39–50.
19. Hylek E.M., D'Antonio J., Evans-Molina C. et al. Translating the results of randomized trials into clinical practice. The challenge of warfarin candidacy among hospitalized elderly patients with atrial fibrillation. *Stroke.* 2006; 37: 1075–80.
20. Broukheim M., Halperin J.L. Stroke prevention in the high-risk atrial fibrillation patient: medical management. *Curr. Cardiol. Rep.* 2011; 13: 9–17.
21. Nieuwlaat R., Capucci A., Camm A.J. et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur. Heart J.* 2005; 26: 2422–34.
22. Zimetbaum P.J., Thosani A., Yu H.T. et al. Are atrial fibrillation patients receiving warfarin in accordance with stroke risk? *Am. J. Med.* 2010; 123: 446–53.
23. Connolly S.J., Ezekowitz M.D., Yusuf S. et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2009; 361: 1139–51.
24. Connolly S.J., Ezekowitz M.D., Yusuf S. et al. Newly identified events in the RE-LY trial. *N. Engl. J. Med.* 2010; 363 (19): 1875–6.
25. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.* 2011; 365: 883–91.
26. Huisman M.V. Results of the 1st Phase of the International GLORIA-AF Registry Program: Regional Treatment Differences Before the Era of Novel Anticoagulants. Oral Presentation on Wednesday 7 May 2014 at the World Heart Federation's World Congress of Cardiology Scientific Sessions 2014, Melbourne, Australia.
27. Hart R.G., Pearce L.A., Aguilar M.I. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann. Intern. Med.* 2007; 146: 857–67.
28. Aguilar M., Hart R. Antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005.
29. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results. *Circulation.* 1991; 84: 527–39.
30. Bartus K., Han F.T., Bednarek J. et al. Percutaneous left atrial appendage suture ligation using the LAR-IAT device in patients with atrial fibrillation: initial clinical experience. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013; 62: 108–18.

Поступила 06.10.2014

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.127-005.8-008.318:615.38

Механическая реперфузия и отдаленный прогноз у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, поступивших в поздние сроки

Е.В. Коновалова, Ю.В. Лукьянова, Д.В. Скрыпник, Р.Ю. Резцов, О.В. Макарычева, Е.Ю. Васильева, А.В. Шнектор

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, ул. Делегатская, 20, стр. 1, Москва, 127473, Российская Федерация