

Сучасні рекомендації Європейського товариства кардіологів з фібриляції передсердь: акцент на профілактику тромбоемболічних ускладнень

О.Ю. БАРНЕТТ

/Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького/

Резюме

Современные рекомендации Европейского общества кардиологов по фибрилляции предсердий: акцент на профилактику тромбоемболических осложнений

О.Ю. Барнетт

В сентябре 2010 года на Европейском конгрессе кардиологов были представлены новые рекомендации по лечению фибрилляции предсердий (ФП). Они же были утверждены на XI Национальном конгрессе кардиологов Украины. ФП существенно влияет на качество жизни пациентов и способствует развитию аритмогенной кардиомиопатии, сердечной недостаточности и тромбоемболических осложнений. На Конгрессе была представлена новая шкала CHA2DS2-VASc для оценки риска тромбоемболических осложнений у пациентов с ФП, а также шкала HAS-BLED для оценки риска кровотечения у пациентов, которым планируется назначение варфарина. Знание современных рекомендаций по профилактике тромбоемболических осложнений у пациентов с ФП необходимо для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, профилактика тромбоемболических осложнений, шкала CHA2DS2-VASc, шкала кровотечения HAS-BLED

Summary

Current Recommendations of European Society of Cardiology on Atrial Fibrillation Management: Prevention of Thromboembolic Events

O.Y. Barnett

In September 2010 during the European Society of Cardiology Congress, new recommendations on atrial fibrillation (AF) were released. Later on, they were accepted during the XI National congress of cardiology in Ukraine. AF is a disease that leads to tachycardia induced cardiomyopathy, heart failure and thromboembolic events development. New CHA2DS2-VASc score for thromboembolic risk stratification was introduced. Furthermore, bleeding score HAS-BLED was also introduced for better warfarin management and prevention of bleeding.

Key words: atrial fibrillation, prevention of thromboembolic events, CHA2DS2-VASc score, HAS-BLED score, bleeding

У вересні 2010 року на Європейському конгресі кардіологів (ЄТК), який відбувся у Стокгольмі, було представлено нові рекомендації з лікування фібриляції передсердь [1]. Невдовзі згідно з резолюцією XI Національного конгресу кардіологів України їх було впроваджено до застосування в Україні. У зазначених рекомендаціях відображено сучасні підходи до профілактики тромбоемболічних ускладнень при фібриляції передсердь (ФП).

Таблиця 1. Вплив фібриляції передсердь на розвиток серцево-судинних ускладнень

Вид ускладнення	Збільшення ступеня ризику (рази)
Серцева недостатність	2,98
Інсульт	2,07
Смерть від серцево-судинних захворювань	1,47
Смерть від інших причин	1,31

Як відомо, ФП належить до найбільш частішої форми життєво важливих аритмій у клінічній практиці. Госпіталізація з приводу ФП щорічно зростає у зв'язку зі збільшенням кількості населення похилого віку, у осіб віком старше 80 років вона вини-

кає у 8% випадків. ФП суттєво впливає на якість життя пацієнтів і сприяє розвитку аритмогенної кардіоміопатії, серцевої недостатності (СН) та тромбоемболічних ускладнень [1], будучи важливим предиктором смерті від серцево-судинних захворювань (ССЗ) [2]. ФП збільшує ризик розвитку СН майже у 3 рази, інсульту – у 2 рази, смерті від ССЗ – в 1,4 разу (табл. 1).

На конгресі також було представлено нову шкалу для оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ФП (табл. 2). Назва шкали CH2ADS2-VASc складається з аббревіатури основних захворювань англійсь-

Таблиця 2. Шкала CH2ADS2-VASc

Захворювання, фонові стани	Бали
Хронічна серцева недостатність / систолічна дисфункція лівого шлуночка	1
Гіпертонічна хвороба	1
Вік понад 75 років	2
Цукровий діабет	1
Інсульт / транзиторна ішемічна атака / тромбоемболія	2
Захворювання судин	1
Вік 65–74 роки	1
Стать (жіноча)	1

кає у 8% випадків. ФП суттєво впливає на якість життя пацієнтів і сприяє розвитку аритмогенної кардіоміопатії, серцевої недостатності (СН) та тромбоемболічних ускладнень [1], будучи важливим предиктором смерті від серцево-судинних захворювань (ССЗ) [2]. ФП збільшує ризик розвитку СН майже у 3 рази, інсульту – у 2 рази, смерті від ССЗ – в 1,4 разу (табл. 1).

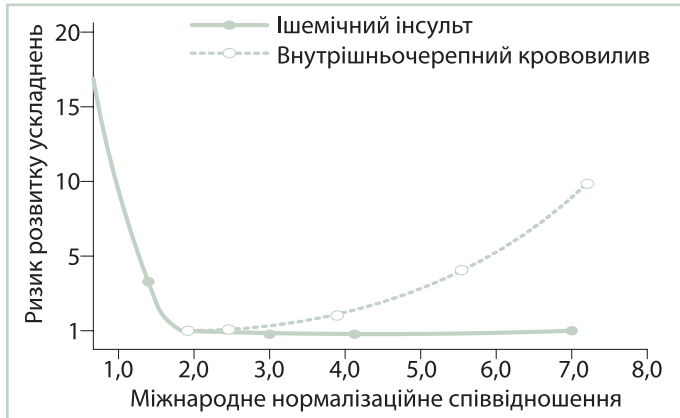


Рис. 1. Ризик розвитку ішемічного інсульту та внутрішньочерепного крововиливу при різних показниках МНІ у пацієнтів з фібриляцією передсердь

Таблиця 3. Шкала HAS-BLED

Клінічний стан	Бали
Гіпертонічна хвороба	1
Порушення функції печінки та нирок	1 або 2
Інсульт	1
Кровотечі в анамнезі	1
Лабільність МНІ	1
Похилий вік (понад 60 років)	1
Зловживання алкоголем	1 або 2

кою мовою, що в перекладі означають: серцева недостатність (систолична дисфункція лівого шлуночка), гіпертонічна хвороба, вік ≥ 75 років, цукровий діабет, інсульт/транзиторна ішемічна атака/тромбоемболія, судинні захворювання, вік 65–74 роки, жіноча стать. Ця шкала досить легка для запам'ятовування та зручна для використання. Вона базується на підрахунку суми

балів: по 2 бали припадає на вік ≥ 75 років та ішемічний інсульт або транзиторну ішемічну атаку чи будь-які тромбоемболії в анамнезі. По 1 балу припадає на вік від 65 до 74 років, гіпертонічну хворобу, цукровий діабет, серцеву недостатність, судинні захворювання (інфаркт міокарда, атеросклероз аорти чи периферичних артерій) та жіночу стать.

Існує чітка кореляція між кількістю балів, яку набрав пацієнт за шкалою CH2ADS2-VASc, та ризиком тромбоемболічних ускладнень [4]. Вважається, що пацієнт, який набрав за шкалою CH2ADS2-VASc 0 балів, має низький ризик тромбоемболічних ускладнень; від 1 до 2 балів – середній ризик; більше 2 балів – високий ризик.

У разі, якщо пацієнт за шкалою CH2ADS2-VASc набрав 0 балів, він повинен приймати профілактичну дозу ацетилсаліцилової кислоти. Якщо пацієнт належить до категорії середнього або високого ризику розвитку тромбоемболій, з метою профілактики він повинен приймати варфарин (за відсутності протипоказань).

У нових рекомендаціях ЄТК запропоновано пероральні антикоагулянти «нової ери», зокрема дабігатран, рівароксабан та епіксабан, які є альтернативою варфарину і не потребують контролю протромбінового часу та індексу, а також міжнародного нормалізаційного індексу (МНІ). На початку 2011 року вийшов у світ новий документ – додаток до рекомендацій, з уточненням місця дабігатрану в профілактиці тромбоемболій у пацієнтів із ФП [7]. Потрібно зауважити, що шкала CH2ADS2-VASc складена для пацієнтів,

які не мають вад серця, адже наявність ФП на фоні ураження клапанного апарату збільшує ризик тромбоемболічних ускладнень у 17 разів. Пацієнтам з вадами серця необхідно призначити варфарин, а не ацетилсаліцилову кислоту, навіть за відсутності захворювань, вказаних у таблиці 2.

Ефективно підібрана для профілактики тромбоемболій доза варфарину має знизити рівень протромбінового індексу у межах 40–60% за даними коагулограми. На сьогодні контроль протромбінового часу здійснюється за МНІ (рис. 1). Ефективним зниженням протромбінового часу (оптимально підібрана доза непрямих антикоагулянтів) вважаються показники МНІ у межах 2–3. У пацієнтів віком старше 70 років МНІ може бути дещо нижчим (у межах 1,7–2), оскільки ризик кровотеч у цієї категорії хворих є більшим, що зумовлено ризиком падінь та підвищеною ламкістю судин [3]. Якщо МНІ < 2 , зростає ризик тромбоемболічних ускладнень, при МНІ > 3 суттєво зростає ризик кровотечі [3].

Перш ніж призначити пацієнтам непрямі антикоагулянти, необхідно з'ясувати ризик виникнення кровотеч. Для оцінки ризику кровотеч запропоновано нову шкалу HAS-BLED, що теж складається з абрєвіатури основних захворювань англійською мовою (артеріальна гіпертензія, порушена функція печінки та нирок, інсульт, кровотеча в анамнезі, лабільний МНІ, вік > 60 років, зловживання алкоголем) (табл. 3). За допомогою таблиці можна визначити ризик кровотечі у пацієнтів з ФП, яким показаний прийом непрямих антикоагулянтів. Якщо пацієнт за шкалою HAS-BLED набирає 1–2 бали, ризик кровотечі є низьким і становить 1% на рік. Якщо ж пацієнт набирає понад 3 бали, ризик кровотечі суттєво зростає і досягає від 3 до 9,5% на рік. У цих випадках за рекомендаціями ЄТК не слід призначати непрямі антикоагулянти, доцільно обмежитися призначенням ацетилсаліцилової кислоти у профілактичній дозі [1].

Залишається контроверсійним питання щодо проведення антикоагулянтної терапії у пацієнтів з ФП та супутнім гострим коронарним синдромом (ГКС). Згідно з рекомендаціями ЄТК пацієнт із ГКС повинен приймати подвійну антитромботичну терапію (ацетилсаліцилова кислота і клопидогрель) та варфарин (за наявності ФП) з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень. Питання щодо потрібної антитромботичної терапії (ацетилсаліци-

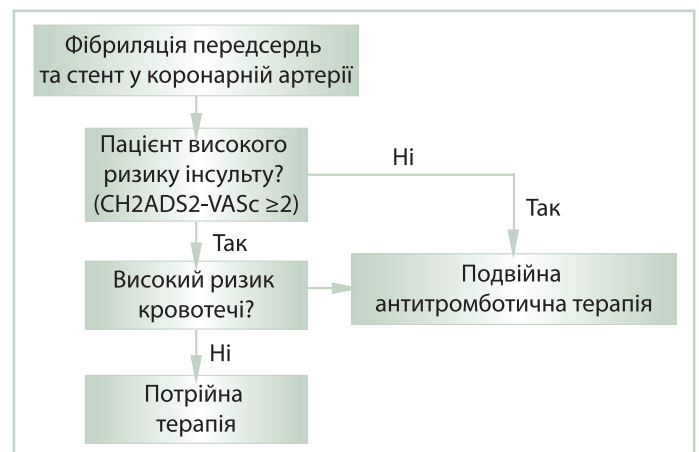


Рис. 2. Алгоритм антитромботичної терапії у пацієнтів з фібриляцією передсердь та стентованою коронарною артерією

лова кислота + клопідогрель + варфарин) у пацієнтів з ФП та ГКС, а також перевага в імплантації металевого стента над елютинг-стентом у цієї категорії пацієнтів розглядається детально у Консенсусі з потрібної анти тромботичної терапії [5, 6].

Пацієнти з ФП і середнім або високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (CH₂ADS₂-VAsC \geq 1), у яких відсутній високий ризик кровотечі (HAS-BLED \leq 3), мають приймати варфарин (рис. 2) на додаток до подвійної анти тромботичної терапії (ацетилсаліцилова кислота + клопідогрель). Призначення потрібної терапії суттєво залежить від типу імплантованого стента. При стентуванні коронарної артерії у пацієнтів з ФП перевага надається металевому стенту, тим самим зменшується тривалість прийому комбінації ацетилсаліцилової кислоти та клопідогрелю до одного місяця. У пацієнтів, яким було імплантовано елютинг-стент, тривалість потрібної терапії становить 3 місяці для сіролімус-стента і 6 місяців – при імплантації стента, покритого паклітакселем.

Наводимо приклад сценарію лікування пацієнтів з ФП, які мають високий ризик тромбоемболічних ускладнень, згідно з консенсусом, рекомендованим ЄТК та Американською асоціацією серця (рис. 2): якщо пацієнт за шкалою CH₂ADS₂-VAsC набирає 2 бали, а за шкалою ризику кровотечі HAS-BLED \leq 2 і йому було імплантовано металевий стент у коронарну артерію з приводу ГКС, він повинен приймати ацетилсаліцилову кислоту в дозі 80 мг на добу, клопідогрель – у дозі 75 мг на добу, а також варфарин у дозі, що забезпечує МНІ на рівні 2,0–2,5. Тривалість такого лікування – 4 тижні. З початку 5-го тижня клопідогрель відмінюють, і пацієнт продовжує приймати ацетилсаліцилову кислоту та вар-

фарин. Якщо пацієнту було імплантовано елютинг-стент, він повинен приймати потрібну анти тромботичну терапію від 3 до 6 місяців. Під кінець 6-го місяця можна відмінити клопідогрель.

Отже, розвиток ГКС у пацієнтів з ФП є дуже несприятливим і потребує тісної співпраці кардіолога з інтервенційним спеціалістом щодо вибору того чи іншого стента для пацієнта. Подальше спостереження за такими пацієнтами потребує знань консенсусу щодо потрібної анти тромботичної терапії та наявності особистого клінічного досвіду.

Література

1. Camm A.J. Guidelines for the management of atrial fibrillation / Camm A.J., Kirchhof P., Lip Y.H. et al. // *Eur. Heart J.* – 2010. – Vol. 31. – P. 2369–2429.
2. Yancy C. Atrial fibrillation and heart failure: consensus and concerns // *Am. Col. Cardiol.* – 2010. – Режим доступу: <http://afibprofessional.org>.
3. Hylek M. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation / Hylek M., Steven M., Skates J. et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1996. – Vol. 335. – P. 540–546.
4. Gage B.F. Validation of clinical validation schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation / Gage B.F., Waterman A.D., Shannon W. et al. // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285. – P. 2864–2870.
5. Paiking J. Triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and coronary artery stents // Paiking J., Wright D., Crowther M. et al. // *Circulation.* – 2010. – Vol. 121. – P. 2067–2070.
6. Lipp G. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome / Lipp G., Huber K., Andreotti F. et al. // *Consensus doc.* – 2009. – P. 1–15.
7. Wann L.S. 2011 ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patients With Atrial Fibrillation (Update on Dabigatran): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / Wann L.S., Curtis A.B., Ellenbogen K.A. et al. // *Circulation.* – 2011. – Vol. 123. – P. 1144–1115.