

НОВАЯ ЭРА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Фонякин А.В., Гераскина Л.А.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва

Фибрилляция предсердий (ФП) относится к наиболее распространенным видам нарушений ритма сердца. Ее частота в общей популяции составляет 1-2%. В Европе ФП страдают более 6 млн человек и на фоне старения населения ее распространенность в ближайшие 50 лет по меньшей мере удвоится [1,2]. В популяционных исследованиях установлено, что распространенность заболевания составляет менее 1% у больных моложе 40-60 лет и более 6% у больных старше 60 лет [3]. По данным Фремингемского исследования, заболеваемость ФП с поправкой на возраст за 30-летний период наблюдения существенно увеличилась [4], что свидетельствует о возрастающей роли ФП в структуре заболеваемости населения.

ФП нередко связана с различными заболеваниями сердца, однако у значительной части пациентов с ФП признаков органической патологии миокарда обнаружить не удается (изолированная ФП). Термин «изолированная ФП» имеет много определений, но в общем случае применяется к ФП, возникающей у людей молодого и среднего возраста (до 60 лет) без клинических или эхокардиографических признаков сердечно-легочного заболевания [5]. Прогноз в отношении тромбоэмболических осложнений и смертности у таких пациентов относительно благоприятный: кумулятивный риск инсульта составляет всего 1,3% на протяжении 15 лет. Однако с течением времени по мере старения организма и развития других сердечно-сосудистых заболеваний вероятность инсульта может увеличиваться. При этом правильнее ФП обозначать уже как «неклапанную», или «неревматическую». Данный термин употребим в тех случаях, когда нарушение ритма имеет место у пожилых больных при отсутствии ревматического митрального порока или протезированного митрального клапана, тогда как другая сердечно-сосудистая патология, как правило, присутствует [6].

Риск тромбоэмболических осложнений и выбор антитромботической терапии при ФП

Нарушение гемодинамики и тромбоэмболические осложнения, связанные с ФП, приводят к значительному повышению заболеваемости, смертности и стоимости

медицинского обслуживания. Неревматическая ФП является наиболее частой причиной кардиогенной мозговой эмболии. С данной аритмией ассоциируется от 10 до 24% всех случаев ишемического инсульта. У больных с неревматической ФП риск церебральных осложнений в 5-6 раз выше, чем у пациентов с синусовым ритмом, а при ФП на фоне ревматического митрального поражения – в 18 раз [4,7]. Причиной тромбоэмболических осложнений при ФП без поражения клапанного аппарата сердца в большинстве случаев является тромбоз левого предсердия, а чаще его ушка. ФП приводит к расширению полости левого предсердия, нарушению его сократительной функции, а отсутствие полноценной систолы предсердий и пассивное опорожнение ушка левого предсердия за счет сокращения прилежащей стенки левого желудочка – к замедлению кровотока в ушке левого предсердия. Кроме того, ФП характеризуется активацией системы свертывания крови и агрегацией эритроцитов. Нарушается также функция эндотелия, о чем свидетельствует повышение уровня маркера повреждения эндотелия – фактора фон Виллебранда – в крови [7].

Частота инсульта у больных с ФП ассоциируется с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний [5,8-11]. Для оценки риска инсульта разработаны шкалы, проверенные на больших группах больных с ФП. Одна из них - CHADS₂ - учитывает основные факторы риска: сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, возраст 75 лет и старше, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) в анамнезе [12]. Каждый фактор добавляет 1 балл, а инсульт или ТИА – 2 балла. Сумма баллов от 0 до 1 свидетельствует о низком риске инсульта (1,2-3,8% в год), 2-3 балла – о среднем риске (3,1-7,3% в год), а 4-6 баллов – о высоком риске (6,3-27,4% в год). При наличии соответствующих факторов риска ежегодная частота ишемического инсульта при пароксизмальной и постоянной формах ФП идентична [13].

Однако российские эксперты предлагают отказаться от использования трех категорий оценки риска и считают целесообразным рассматривать риск тромбоэмболических осложнений как континуум [7]. Следует учитывать, что значимость факторов риска может меняться со временем. Рекомендуются проводить более детальный анализ факторов риска инсульта и на основании их наличия решать вопрос об антитромботической терапии. Подобный подход обосновывается результатами крупных исследований, в которых пероральные антикоагулянты имели преимущество перед ацетилсалициловой кислотой (АСК) даже у больных со средним риском (сумма баллов по шкале CHADS₂ – 1) и редко вызывали крупные кровотечения [7]. В связи с этим в 2010 году шкала CHADS₂ подверглась модификации. Новая шкала оценки риска инсульта получила название CHA₂DS₂ – VASc (максимальный балл - 9) и помимо вышеперечисленных факторов риска по одному баллу начисляется за имеющееся