

алгоритмом начинать лечение ФП следует с препаратов IC-класса или соталолом и лишь в случае их неэффективности или побочных реакций подключать другие препараты (исключения – наличие систолической ХСН или выраженной гипертрофии миокарда ЛЖ).

Из имеющихся на фармацевтическом рынке ААП IC класса наибольшую клиническую доказательную базу в профилактике рецидивов ФП имеют два препарата – уже упомянутые пропafenон (Пропанорм) и флекаинид. В то же время эффективность отечественных антиаритмиков IC класса (аллапинин, этаизин) изучалась только в небольших неконтролируемых исследованиях. В Международных клинических рекомендациях (ESC, 2010, 2012; ACC/AHA, 2011) для перорального купирования ФП (стратегия «таблетка в кармане») рекомендуются только 2 антиаритмика IC класса – пропafenон и флекаинид.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании RAFT с участием 523 больных с ФП была доказана эффективность пропafenона в профилактике ФП: уменьшение риска рецидива ФП по сравнению с плацебо составило в зависимости от дозы пропafenона 40–68%. Ю.А.Бунин привел также результаты собственного исследования эффективности пропafenона в профилактике частых рецидивов разных наджелудочковых тахикардий, подтверждающие его эффективность в сравнении с плацебо при всех видах наджелудочковых тахикардий (рис. 2).

Пропafenон доказал свою эффективность не только в профилактике, но и при купировании ФП. Так, в метаанализе 9 исследований сравнительной эффективности ААП IC класса (пропafenон – 70%, флекаинид – 30%) с амиодароном доказано, что ААП IC класса начинают действовать быстрее и более эффективны для экстренного купирования ФП. Только через 24 ч эффективность амиодарона и препаратов IC класса уравнивается. Ю.А.Бунин привел также собственные данные (рис. 3), полученные при изучении эффективности стратегии «таблетка в кармане», однократного приема внутрь Пропанона 600 мг при купировании пароксизмальной ФП. Видно, что эффективность за первые 8 ч составляла более 70%, причем купирующий эффект в основном наступал в первые 2–3 ч с минимальным числом побочных явлений.

Лечение экстрасистолии

О.Н.Миллер

Доктор медицинских наук, профессор кафедры неотложной терапии Новосибирского государственного медицинского университета Ольга Николаевна Миллер первую часть своего сообщения посвятила так называемым идиопатическим нарушениям сердечного ритма (НСР). Под «идиопатическими» подразумеваются аритмии неясной этиологии, появляющиеся, казалось бы, у здоровых молодых людей, их возникновение не связано с воздействием лекарственных препаратов и других химических веществ. В качестве клинического примера О.Н.Миллер привела историю болезни молодого пациента с синдромом дисплазии соединительной ткани, у которого по результатам суточного мониторирования ЭКГ регистрировалось большое количество желудочковых экстрасистол, что ухудшало качество его жизни. В таких ситуациях врач всегда задает себе вопрос: «Лечить или не лечить аритмию у пациен-

Далее Ю.А.Бунин остановился на применении ААП IC класса в составе комбинированной терапии ФП. При ФП показана эффективность комбинаций препаратов IC класса с β-АБ, верапамилом, амиодароном, соталолом (ACC/AHA/ESC, 2006; ACCF/AHA/HRS, 2011). По данным Ю.А.Бунина, Л.Ф.Федякиной, добавление к амиодарону 1/2 суточной дозы пропafenона (225 мг/сут) привело к тому, что у ряда больных был достигнут полный антиаритмический эффект. В данном исследовании показано, что использование пропafenона в составе комбинированной терапии ФП значительно снижает частоту побочных эффектов (12% против 40%).

Ю.А.Бунин также привел данные об эффективности применения ААП IC класса для лечения основных видов наджелудочковых тахикардий, как предсердных, так и АВ. Пропafenон и флекаинид включены в современные рекомендации для профилактики рецидивов АВ узловой реципрокной тахикардии (АВУРТ), а также атриовентрикулярных тахикардий при синдроме WPW, для предупреждения рецидивов очаговой предсердной тахикардии (в том числе у детей), многоочаговой предсердной тахикардии.

Далее Ю.А.Бунин уделил внимание довольно редко встречающимся идиопатическим желудочковым тахикардиям. При каждом из двух типов желудочковых тахикардий (из выносящего тракта правого желудочка и фасцикулярной) ААП IC класса обладают хорошим профилактическим эффектом.

Последнюю часть своего выступления Ю.А.Бунин посвятил вопросам лечения аритмий у беременных. Он отметил, что не рекомендуется использовать при беременности новый малоэффективный и токсичный антиаритмик дронедазон, отечественные антиаритмики IC-класса – аллапинин, этаизин, этмозин (так как не изучалась их безопасность при беременности), а также новые оральные антикоагулянты – дабигатран, апиксабан и ривароксабан (фетотоксичны). Антиаритмики категории D (по классификации FDA) – амиодарон и другие – применяются только при лечении жизнеопасных аритмий, когда иные препараты или немедикаментозные методы лечения неэффективны или невозможны, так как амиодарон негативно влияет на плод. Пропafenон имеет более высокий уровень рекомендаций, он относится к категории C (FDA) и может применяться в лечении аритмий у беременных.

та?» Отвечая на него, О.Н.Миллер отметила, что у молодых людей при отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы прежде всего необходимо выявить и устранить провоцирующие факторы. Способствовать появлению НСР у практически здоровых людей могут вегетативная дисфункция, употребление алкоголя, крепкого кофе, чая, нарушения электролитного баланса и довольно часто – рефлекторные влияния при патологии внутренних органов (заболевания мозга, позвоночника, легких, желудочно-кишечного тракта, органов малого таза), а также острая и хроническая интоксикация и даже лекарственные препараты, которые использует пациент. Говоря о механизмах возникновения НСР у этой категории пациентов, О.Н.Миллер напомнила, что вегетативная нервная система играет не последнюю, а порой и главенствующую роль в возникновении аритмий. На фоне стрессовых ситуаций про-

исходит изменение функций парасимпатической и симпатической нервной системы, что, в свою очередь, запускает каскад реакций, которые приводят к нарушениям возбудимости, проводимости, изменяют рефрактерные периоды предсердий и желудочков.

Далее О.Н.Миллер остановилась на принципах терапии и подчеркнула, что с точки зрения патогенетического лечения пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани наибольшего внимания заслуживает терапия β -АБ, витаминами, метаболическими средствами и препаратами магния. В частности, последние данные доказали участие симпатoadrenalовой системы в коллагенообразовании, что позволило рассматривать β -АБ в качестве патогенетического воздействия. Лечение β -АБ контролирует интенсивность внутриклеточного распада коллагена и тем самым повышает его продукцию. О.Н.Миллер подчеркивает, что нельзя заменять препараты с β_2 -блокирующим эффектом (пропранолол) селективными β_1 -АБ (бисопролол, метопролол), поскольку таковые мало влияют на соединительную ткань. Именно с β -АБ следует начинать лечение НСР у этой категории пациентов.

А если все-таки ЭС прогностически значима или нет эффекта от β -АБ, то необходимо выбрать другую тактику ведения пациента. И в этом случае преимущество имеют ААП IC класса, в частности, пропafenон. Пропафенон может использоваться как в качестве монотерапии (суточная доза 450–900 мг), так и в комбинации с β -АБ. Возможно использование ААП III класса – амиодарона или соталола. Однако следует помнить, что за счет удлинения интервала QT назначение соталола в высоких дозах чревато развитием пируэтной желудочковой тахикардии. Назначение амиодарона с учетом его органотоксичности целесообразно лишь при неэффективности прочей терапии.

Далее О.Н.Миллер указала на основные ошибки, которые врачи допускают при лечении молодых пациентов с ЭС. Например, при решении вопроса «лечить или не лечить ЭС?» следует исходить из прогностической значимости, поскольку часто и упорно лечат ЭС у подростков и молодых людей при отсутствии патологии сердца. Также неверно проводить агрессивную терапию ЭС не вполне ясной природы у лиц среднего возраста, там более если пациент ее не ощущает. С другой стороны, неверно отказываться от терапии вполне «доброкачественных» ЭС, если таковые «плохо переносятся». Другое дело, что терапия при этом должна быть нетяжелой, и не стоит забывать об использовании психотропных лекарственных препаратов, которые могут купировать и предупреждать аритмию. При лечении ЭС у молодых пациентов часто допускаются две ошибки: либо излишняя «агрессивность», либо излишняя «пассивность» при прогностически значимых ЭС.

Следующая часть доклада О.Н.Миллер была посвящена

лечению желудочковой ЭС при органических заболеваниях сердца, в частности у пациентов, имеющих ХСН. О.Н.Миллер привела данные о том, что среди лиц с ХСН наибольшая частота внезапной сердечной смерти (ВСС) наблюдается при легкой и средней степени заболевания. О.Н.Миллер напомнила Российские национальные рекомендации 2013 г. по диагностике и лечению больных с ХСН, в соответствии с которыми во всех случаях препаратами выбора должны являться прежде всего β -АБ, обладающие мощным антифибрилляторным действием, позволяющим снижать риск ВСС. В этом случае используются уже высокоселективные β_1 -АБ, которые титруются до максимально возможной переносимой дозы, зависящей от уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений. В случае неэффективности β -АБ таковые комбинируют с амиодароном или используют соталол. Однако необходимо помнить о проаритмогенном эффекте при увеличении дозы последнего свыше 160 мг/сут у пациентов с ХСН. В ряде клинических исследований показано, что применение амиодарона у пациентов с III–IV функциональным классом ХСН ассоциировалось с увеличением риска ВСС. Поэтому в современных рекомендациях подчеркивается, что рационально использовать комбинацию β -АБ и амиодарона, поскольку эффект последнего проявляется максимально ярко лишь при таком сочетании.

Последняя часть выступления О.Н.Миллер была посвящена лечению ЭС у беременных. Говоря о нарушениях ритма у этой категории пациенток, О.Н.Миллер привела информацию о том, что наджелудочковые ЭС у беременных встречаются, по данным разных клиник, в 28–67%, желудочковые ЭС – в 16–59% случаев. Значительно реже во время беременности могут возникать пароксизмальные наджелудочковые и желудочковые тахикардии. В случае, если ЭС обусловлена, например, гипертонической болезнью или у пациентки имеют место хроническая обструктивная болезнь легких, патология щитовидной железы и другие нарушения, то прежде всего требуются лечение основного заболевания и коррекция выявленных нарушений. Не так уж и редко при отсутствии патологии со стороны внутренних органов способствуют возникновению ЭС экстракардиальные факторы, такие как прием кофеина, алкоголя, курение, употребление наркотиков, физические и эмоциональные нагрузки. О.Н.Миллер сделала акцент на том, что применение ААП во время беременности небезопасно, но возможно. Препараты могут быть назначены, если нарушение ритма персистирует (повторяется), сопровождается клиническими проявлениями и/или гемодинамическими изменениями, угрожающими жизни матери и/или плода.

Медикаментозное лечение фибрилляции предсердий.

Современное состояние проблемы

В.Л.Дощицин

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии ФУВ ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова В.Л.Дощицин рассказал о лечении ФП, которая является одной из наиболее значимых аритмий в клиническом аспекте. Распространенность ФП в общей популяции может достигать 2%, а среди лиц пожилого и старческого возраста – 5–10%.

В рандомизированных исследованиях доказано абсолютное равноправие двух тактик ведения больных с ФП:

- 1) устранение аритмии, восстановление и удержание синусового ритма;
- 2) сохранение ФП с поддержанием частоты сердечных сокращений в нормальных пределах.

Далее В.Л.Дощицин привел основные критерии, на основании которых врач должен принимать решение о