

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 симпатоадреналовой 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

тактике ведения, а именно: выраженность органических изменений сердца, стадия сердечной недостаточности, частота и продолжительность эпизодов аритмии, эффективность, переносимость и риск применения ААП, риск «нормализационных» тромбоэмболий, возможность воздействия на этиологию аритмий, а также субъективная переносимость аритмии пациентом.

В.Л.Дощицин привел перечень препаратов для медикаментозного восстановления синусового ритма при ФП, прописанных в последних Рекомендациях Европейского кардиологического общества (см. таблицу). В.Л.Дощицин обратил внимание на то, что три из пяти указанных препаратов не зарегистрированы в России. Поэтому препаратами 1-го ряда для купирования ФП являются амиодарон и пропafenон, причем амиодарон используется главным образом внутривенно, а пропafenон внутрь. Пероральное лечение имеет преимущество, поскольку более удобно в амбулаторных условиях. Стратегия «таблетка в кармане» с использованием однократного приема 450–600 мг пропafenона (Пропанорма) позволяет достичь эффективности, превышающей 70%. В.Л.Дощицин рассказал о возможной альтернативной схеме – когда дается пробная таблетка пропafenона 150 мг, если отсутствуют негативные явления, через 1 ч – 2-й прием 300 мг, через 4–6 ч – еще 150 мг.

В рекомендациях по сохранению синусового ритма указано на 5 препаратов с доказанной эффективностью: амиодарон, дронедазон, флекаинид, пропafenон, соталол. Амиодарон более эффективен в поддержании синусового ритма, чем соталол, пропafenон, флекаинид или дронедазон, однако, учитывая токсический профиль амиодарона, он может применяться в случаях, когда другие рекомендованные препараты неэффективны или противопоказаны (I A/C). По данным Б.А.Татарского, частота побочных эффектов при использовании амиодарона составила 36%, соталола – 22%, пропafenона – 8%.

Рекомендации по медикаментозному восстановлению синусового ритма при ФП

Препарат	Доза
Амиодарон	5 мг/кг внутривенно в течение 1 ч
Флекаинид	200–300 мг внутрь или 2 мг/кг внутривенно в течение 10 мин
Ибутилид	1 мг внутривенно в течение 10 мин
Пропафенон	450–600 мг внутрь или 2 мг/кг внутривенно в течение 10 мин
Вернакалант	3 мг/кг внутривенно в течение 10 мин

Рекомендации ESC 2012

То есть соотношение «эффективность–переносимость» явно в пользу пропafenона.

В.Л.Дощицин напомнил результаты исследований CAST-1 и CAST-2, доказавших, что острый период инфаркта миокарда, низкая фракция выброса и выраженная сердечная недостаточность являются противопоказаниями для назначения ААП IC класса – энкаинида, флекаинида и морацизина. То есть с учетом результатов исследований CAST можно сделать вывод, что антиаритмики I класса рекомендуются главным образом больным без выраженных органических изменений сердца (выраженные признаки сердечной недостаточности, фракция выброса ЛЖ < 40%, острые формы ИБС, гипертрофия ЛЖ > 1,4 см). В то же время АГ, хронические формы ИБС, пороки сердца и другие заболевания не являются противопоказанием к назначению этих средств, если не приводят к указанным ранее изменениям.

В последней части своего сообщения В.Л.Дощицин рассказал об антикоагулянтных препаратах, применяемых в медикаментозной терапии ФП, среди которых основная роль принадлежит варфарину, а также новым оральным антикоагулянтам (ривароксабану, дабигатрану, апиксабану).