

Практические аспекты купирования пароксизмов фибрилляции предсердий в амбулаторных и домашних условиях

А.В.Сыров[✉]

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения г. Москвы. 127474, Россия, Москва, Керамический пр., д. 49б

Обсуждены ключевые проблемы лечения фибрилляции предсердий (ФП), антитромботическая терапия и купирование пароксизмов ФП с использованием тактики «таблетка в кармане» на конкретном клиническом примере. Несмотря на убедительные данные клинических исследований, тактика «таблетка в кармане» с использованием пропafenона остается редко применяемой. Предложен протокол по купированию пароксизмов ФП для использования в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: лечение фибрилляции предсердий, купирование приступов фибрилляции предсердий, «таблетка в кармане».

✉syrman2002_1@yahoo.com

Для цитирования: Сыров А.В. Практические аспекты купирования пароксизмов фибрилляции предсердий в амбулаторных и домашних условиях. Consilium Medicum. 2015; 17 (5): 34–37.

Practical approaches to treatment of paroxysm of atrial fibrillation in ambulatory and home

A.V.Syrov[✉]

Advisory-diagnostic center №6 of the Department of Health of Moscow. 127474, Russian Federation, Moscow, Keramicheskii pr., d. 49b

Discussed key issues of the treatment of atrial fibrillation (AF), including antithrombotic therapy and i pharmacological cardioversion of paroxysms of AF using tactics "pill in the pocket" on a specific clinical case. Despite the compelling data from clinical trials, the tactics "pill in the pocket" with propafenone is rarely used. Proposed protocol for interruption paroxysm of AF for use in the outpatient setting.

Key words: treatment of atrial fibrillation, paroxysm of atrial fibrillation, "pill in the pocket".

✉syrman2002_1@yahoo.com

For citation: Syrov A.V. Practical approaches to treatment of paroxysm of atrial fibrillation in ambulatory and home. Consilium Medicum. 2015; 17 (5): 34–37.

Фибрилляция предсердий (ФП) является самым частым нарушением сердечного ритма, требующим лечения. Частота ФП составляет 0,5% в возрасте 40–50 лет, достигая 5–15% в 80 лет. Число больных с ФП в Европе достигает 6 млн человек и по прогнозам удвоится в ближайшие 50 лет [1, 2]. Развитие аритмии приводит к увеличению частоты госпитализаций и летальных исходов. Актуальным является вопрос восстановления синусового ритма.

Пациенты с ФП составили, по нашим собственным данным за 2013 и 2014 годы, 7,9% амбулаторных приемов врача-кардиолога. В случаях пароксизмальной ФП врач сталкивается с 3 основными проблемами: подбором плановой антиаритмической терапии, купированием пароксизмов и оценкой риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений.

Классификация ФП:

1. Впервые зарегистрированная форма.
2. Пароксизмальная форма.
3. Персистирующая форма.
4. Длительно персистирующая форма.
5. Постоянная форма.

ФП имеет тенденцию к прогрессированию от пароксизмальной формы, обычно проходящей самостоятельно в течении 2 сут, к персистирующей, для восстановления которой требуется медикаментозная или электрическая кардиоверсия, длительно персистирующей, длящейся более года, и постоянной форме. ФП считается постоянной, если восстановление синусового ритма невозможно или нецелесообразно [1].

Для определения тактики лечения, восстановления синусового ритма или пульсурежающей терапии используется индекс European Heart Rhythm Association – EHRA (табл. 1) [1, 2]. Индекс предполагает анализ только симптомов для определения тактики лечения на основании переносимости аритмии. При хорошем самочувствии требуется рассмотрение вопроса о сохранении ФП и проведении пульсурежающей терапии.

Независимо от формы ФП должна проводиться оценка риска тромбоэмболических осложнений (эмболического

инсульта) по шкале CHA2DS2 VASc (табл. 2) и геморрагических осложнений в случае проведения антикоагулянтной терапии – по шкале HAS BLED (табл. 3).

Для снижения риска тромбоэмболических осложнений, в первую очередь ишемического инсульта, назначаются препараты варфарин или «новые» антикоагулянты: дабигатрана этексилат, ривароксабан или апиксабан. Доза варфарина подбирается под контролем международного нормализованного отношения (МНО), показателя свертываемости крови, отражающего активность препарата. Целевой уровень МНО 2,0–3,0. Недостатком варфарина являются необходимость регулярного контроля МНО и выраженное влияние целого ряда продуктов питания и лекарственных препаратов на активность препарата. Преимуществом «новых» антикоагулянтов является удобство приема в фиксированной дозе без лабораторного контроля. Главным их недостатком являются высокая цена и невозможность использования у пациентов с протезированными клапанами сердца.

Крайне важным является **вопрос восстановления синусового ритма при пароксизме ФП**, так как это определяет и качество жизни пациента, и риск развития осложнений. Анализ данных нашего амбулаторного центра показал, что при пароксизме ФП традиционным является вызов скорой помощи пациентом или врачом амбулаторного звена. Если длительность пароксизма не превышает 48 ч или пациент принимает антикоагулянты в эффективной дозе, возможно восстановление синусового ритма. Брига-

Таблица 1. Индекс для оценки симптомов, связанных с ФП (EHRA) [1, 2]

Класс EHRA	Проявления
I	Симптомов нет
II	Легкие симптомы, не нарушающие повседневной активности
III	Выраженные симптомы, ограничивающие повседневную активность
IV	Тяжелая симптоматика. Нормальная повседневная активность невозможна

Таблица 2. Шкала CHA₂DS₂ VASc [1, 2]

	Фактор риска	Баллы
C	Хроническая сердечная недостаточность	1
H	АГ	1
A ₂	Возраст ≥75 лет	2
D	Сахарный диабет	1
S ₂	Инсульт, или транзиторная ишемическая атака, или тромбоэмболия в анамнезе	2
V	Сосудистые заболевания (острый инфаркт миокарда, атеросклероз артерий)	1
A	Возраст 65–74 года	1
Sc	Женский пол*	1
*Дополнительный фактор.		
Сумма баллов	Антикоагулянтная терапия	
0 баллов	Не показана	
1 балл*	Показана	
2 балла или больше	Показана	
*Новые рекомендации [5].		

дой скорой медицинской помощи внутривенно вводится прокаинамид, и если не восстанавливается синусовый ритм, пациента госпитализируют. В стационаре, по данным выписок наших пациентов, для восстановления синусового ритма используется внутривенная инфузия амиодарона, а при неэффективности – элетроимпульсная терапия. Таким образом, пациенты не информированы о возможности самостоятельного восстановления синусового ритма.

В действующих российских и международных рекомендациях по лечению мерцательной аритмии [1, 2, 4] описана тактика «таблетка в кармане» по купированию приступа ФП самостоятельно пациентом. В рамках этой тактики рекомендуются пропafenон и флекаинид. Однако флекаинид в России не зарегистрирован.

Таким образом, единственным реальным препаратом, рекомендованным как «таблетка в кармане», имеющимся у нас в арсенале, является пропafenон. Купирующий эффект препарата развивается уже через 3–4 ч после приема, что крайне удобно при использовании в амбулаторных и домашних условиях.

Таблица 3. Шкала HAS BLED [1, 2]

	Клиническая характеристика	Баллы
H	АГ	1
A	Нарушение функции печени или почек – по 1 баллу	1 или 2
S	Инсульт в анамнезе	1
B	Кровотечение в анамнезе или склонность к нему	1
L	Лабильное МНО	1
E	Возраст >65 лет	1
D	Прием некоторых лекарств/алкоголя – по 1 баллу	1 или 2

Примечание. Чем больше баллов, тем выше риск; 3 балла и выше – высокий риск, требуется решение вопроса о дополнительных действиях по снижению риска геморрагических осложнений.

Дополнительным основанием для применения препарата являются результаты проведенных российских исследований с пропafenоном, подтвердивших высокую безопасность препарата при купировании пароксизмов ФП [5, 6]. В исследованиях использовался препарат Пропанорм®, производимый компанией PRO.MED.CS Praha a.s. Первое использование препарата рекомендовано под контролем врача [1]. В нашем центре мы приняли протокол по первому назначению пропafenона у пациентов с ФП.

Условиями для восстановления синусового ритма при пароксизме ФП в амбулаторном режиме с использованием пропafenона являются сроки мерцательной аритмии менее 48 ч или постоянный прием варфарина с МНО 2,0–3,0 или «новых» оральных антикоагулянтов дабигатрана этексилата, ривароксабана или апиксабана. Не должно быть неустраняемых причин ФП, например тиреотоксикоза, осложненного течения пароксизма. Наличие данных в пользу эффективности антиаритмической терапии при предыдущих восстановлениях синусового ритма является дополнительным аргументом в пользу прерывания пароксизма ФП [1, 2, 5].

По результатам российского исследования ПРОМЕТЕЙ [6] эффективность 600 мг препарата Пропанорм® при купировании пароксизмов ФП составила 84%. Высокая безопасность препарата у широкой категории пациентов была также показана в исследовании ПРОСТОП [5]. По данным, приведенным в Российских рекомендациях по лечению ФП [1], эффективность пропafenона по купированию ФП составляет от 41 до 91%. P.Alboni и соавт. [4] оценивают эффективность пропafenона в 94% при условии ран-

него начала использования препарата. В исследовании среднее время приема препарата после начала пароксизма ФП составило 36 мин.

Схема для купирования пароксизма ФП

В условиях поликлиники:

1. Электрокардиография для подтверждения ФП, оценка скорректированного интервала QT (<450 мс).
2. Пропафенон (Пропанорм®) 600 мг однократно при массе тела 70 кг и выше, если масса тела менее 70 кг – 450 мг [1, 5, 6].
3. Наблюдение в условиях дневного стационара в течение 4 ч.
4. При восстановлении синусового ритма – повторное снятие электрокардиограммы (ЭКГ), контроль артериального давления (АД).
5. Если пароксизм ФП не купирован, решение вопроса о дальнейшей тактике: госпитализации для восстановления синусового ритма в стационаре или назначении пульсурежающей терапии.
6. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc. Назначение антикоагулянтов, если риск составляет 1 балл или более.
7. Оценка риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED. При риске в 3 балла или больше – коррекция тактики лечения, например назначение противоязвенной терапии или отмена препаратов, повышающих риск кровотечения.
8. При стабильном состоянии пациента отпускали домой и назначали повторную консультацию кардиолога на следующий день для решения вопроса о плановой антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

В домашних условиях:

1. Строгий постельный режим в течение 6 ч.
2. Проконтролировать АД и пульс до приема препарата. При пульсе менее 70 в минуту и АД < 110/70 мм рт. ст. прием препарата не рекомендуется.
3. Принять 300 мг пропафенона (Пропанорма).
4. Через час – контроль АД и пульса.
5. Если синусовый ритм не восстанавливался, а показатели АД и пульса соответствуют описанным критериям – прием еще 300 мг пропафенона.
6. Если пароксизм ФП не купирован в течение 6 ч – обращение к врачу для определения дальнейшего лечения.

7. При эффективности и хорошей переносимости препарата в дальнейшем рекомендовался однократный прием пропафенона (Пропанорма) в дозе 600 мг для купирования пароксизма ФП. Обращалось внимание на необходимость контроля АД и пульса и соблюдение постельного режима после приема препарата.

В приведенных ниже ситуациях показана обязательная госпитализации для прерывания пароксизма ФП в условиях стационара:

1. Впервые зарегистрированный пароксизм ФП.
2. Развитие осложнений (ангинозные боли, ишемия на ЭКГ, сердечная недостаточность).
3. Высокая частота сердечных сокращений (более 150 в минуту).

В остальных случаях возможно восстановление синусового ритма в амбулаторных условиях.

Использование пропафенона противопоказано [1, 5]:

1. При нарушении систолической функции левого желудочка (фракция выброса менее 40%).
2. Нестабильном течении ишемической болезни сердца.
3. Выраженной гипертрофии левого желудочка (более 14 мм).
4. Удлинении на ЭКГ скорректированного интервала QT_c > 450 мс.
5. Дисфункции синусового узла.
6. Нарушениях проводимости.
7. Бронхообструктивных заболеваниях.
8. Гликозидной интоксикации.

На клиническом примере разберем возможную тактику врача при пароксизме ФП.

Пациентка М. 64 лет направлена терапевтом на консультацию к кардиологу в связи с жалобами на периодическое ощущение перебоев в работе сердца. Предъявляет жалобы на появление перебоев в работе сердца, появившихся ночью накануне, слабость.

В анамнезе у пациентки – артериальная гипертония (АГ) более 10 лет. Появление приступов сердцебиений – последние 6 мес. Третье приступы ФП купировались по скорой медицинской помощи внутривенным введением прокаинамида. Еще 3 раза пациентку госпитализировали в различные стационары Москвы, где ФП была купирована внутривенной инфузией амиодарона и электроимпульсной терапией. Пациенткой

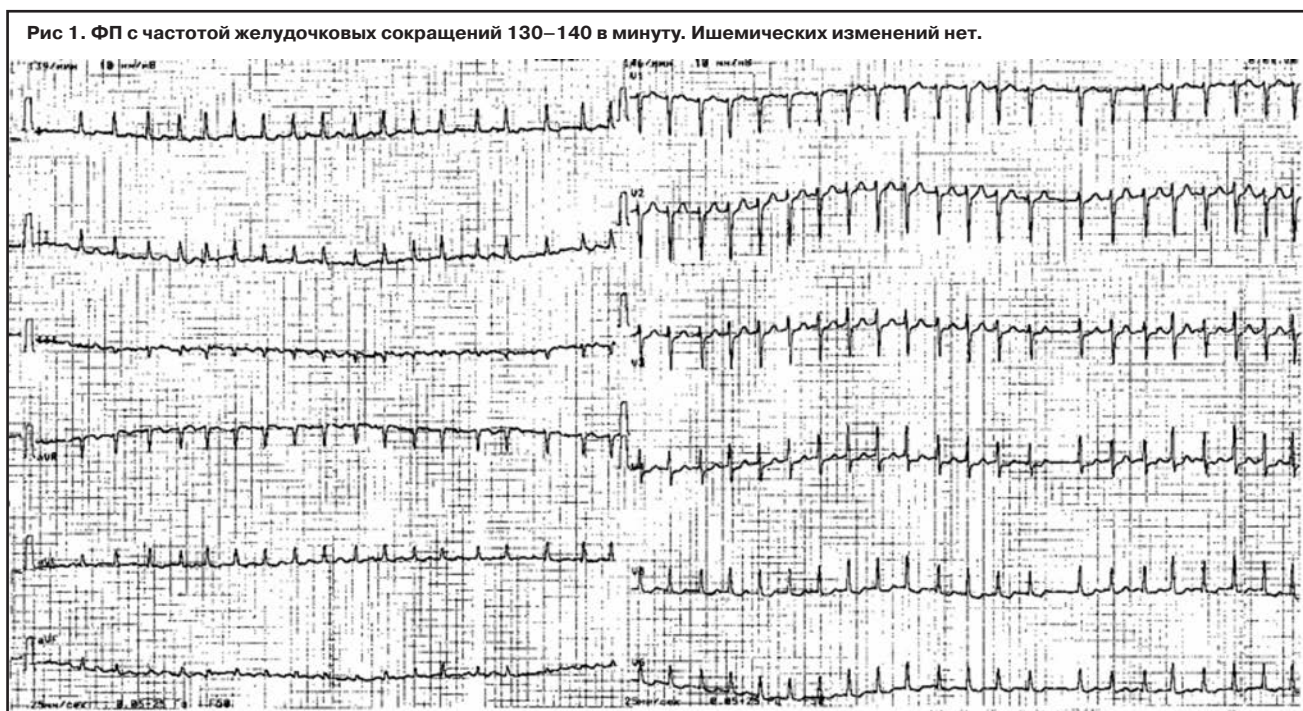
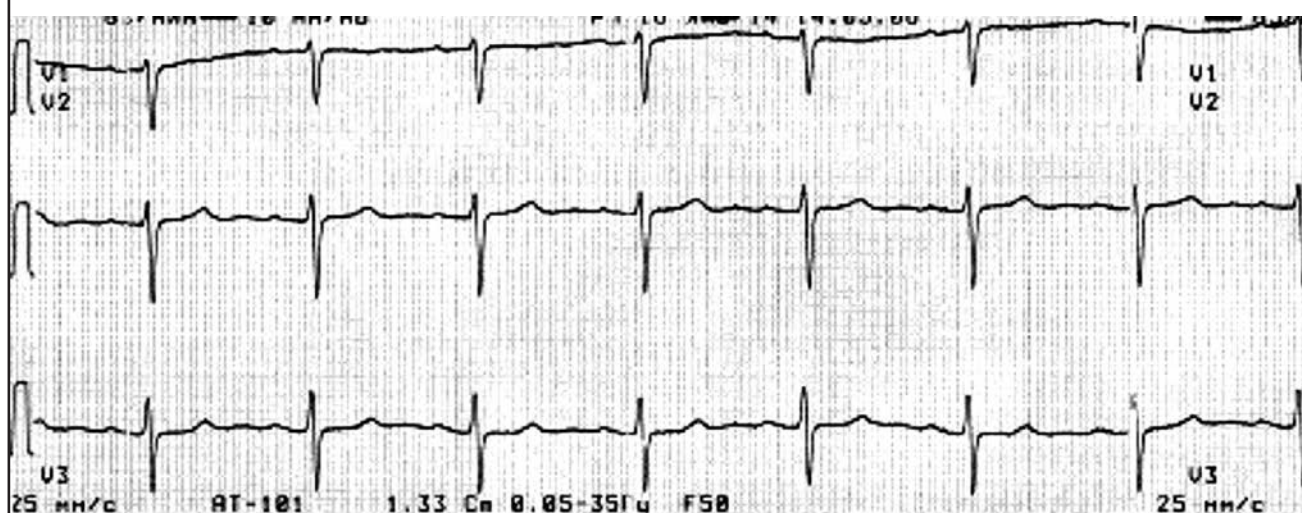


Рис. 2. Восстановление синусового ритма.



предоставлены выписки из стационаров, ЭКГ с пароксизмами ФП.

Получает плановую терапию: бисопролол 5 мг/сут, энalapрил 20 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 75 мг, atorвастатин 10 мг/сут. Со слов пациентки, при измерении вечером автоматическим тонометром АД 150/90 мм рт. ст., пульс 64 в минуту. Ночью на фоне выраженного сердцебиения АД 140/110 мм рт. ст., пульс 118 в минуту. На осмотре в поликлинике – удовлетворительное состояние. Отеков нет. Индекс массы тела 29 кг/м². Частота дыхания 14 в минуту, в легких хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, частота сердечных сокращений 136 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. На ЭКГ – тахисистолическая форма ФП (рис. 1).

Пациентке назначен пропafenон (Пропанорм®) 600 мг однократно. Наблюдение в дневном стационаре. Через 3 ч отмечается восстановление синусового ритма (рис. 2). АД 130/80 мм рт. ст. Жалоб нет.

Планово назначен пропafenон в дозе 150 мг 3 раза в день. Проведена стратификация риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений.

В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений – 3 балла (АГ, возраст, женский пол) – назначен варфарин с подбором дозы под контролем МНО. Рекомендованное целевое МНО 2,0–3,0. Риск геморрагических осложнений 1 балл подтверждает низкий риск геморрагических осложнений при проведении антикоагулянтной терапии. Пациентка в удовлетворительном состоянии отпущена домой.

Выводы

1. У большинства пациентов с пароксизмами ФП восстановление синусового ритма возможно в амбулаторных или домашних условиях.
2. При отсутствии противопоказаний пропafenон является эффективным и безопасным препаратом для восстановления синусового ритма как в амбулаторных, так и в домашних условиях.

Литература/References

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК, ВНОА и ACCX, 2012 г. http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/nacionalnye_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu_fibrillyacii_predserdiy_2012/ / Diagnostika i lechenie fibrillatsii predserdii. Rekomendatsii VNOK, VNOA i ASSKh, 2012 g. http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/nacionalnye_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu_fibrillyacii_predserdiy_2012/ [in Russian]
2. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2010; 31.
3. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2012; 33: 2719–47. doi:10.1093/eurheartj/ehs253
4. Alboni P, Botto GL, Baldi N et al. Outpatient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the «pill in pocket» approach. N Engl J Med 2004; 351: 2384–91.
5. Миллер О.Н., Старичков С.А., Поздняков Ю.М. и др. Эффективность и безопасность применения пропafenона (Пропанорма) и амиодарона (Кордарона) у больных с фибрилляцией предсердий на фоне артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Многоцентровое открытое рандомизированное, проспективное, сравнительное исследование PROSTOP. Рос. кардиол. журн. 2010; 4: 56–72. / Miller O.N., Starichkov S.A., Pozdnyakov Yu.M. i dr. Effektivnost' i bezopasnost' primeneniia propafenona (Propanorma) i amiodarona (Amiodarona) u bol'nykh s fibrillatsiei predserdii na fone arteriial'noi gipertonii, ishemiceskoi bolezni serdtsa i khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti s sokhranennoi sistolicheskoi funktsiei levogo zheludochka. Mnogotsentrovoe otkrytoe randomizirovannee, prospektivnoe, sravnitel'noe issledovanie PROSTOP. Ros. kardiol. zhurn. 2010; 4: 56–72. [in Russian]
6. Фомина И.Г., Тарзимова А.И., Вертлужский А.В. и др. Пропафенон при восстановлении синусового ритма у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий. «ПРОМЕТЕЙ» – открытое, мультицентровое, пилотное исследование в Российской Федерации. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2005; 4 (4): 66–9. / Fomina I.G., Tarzimanova A.I., Vertluzhskii A.V. i dr. Propafenon pri vostanovlenii sinusovogo ritma u bol'nykh s persistiruiushchei formoi fibrillatsii predserdii. «PROMETEY» – otkrytoe, multitsentrovoe, pilotnoe issledovanie v Rossiiskoi Federatsii. Kardiovask. terapiia i profilaktika. 2005; 4 (4): 66–9. [in Russian]
7. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol 2014; 64 (21): e1–e76. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.022

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Сыров Андрей Валентинович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отделением ГБУЗ КДЦ №6. E-mail: syrman2002_1@yahoo.com