

Неотложная терапия пароксизмальных тахиаритмий



Ю.А. Бунин, профессор, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва

Первую часть доклада профессор Ю.А.Бунин посвятил общим принципам неотложной терапии аритмий, которые выстроены с учетом ряда факторов, в том числе и наличия коморбидности. По словам докладчика, этот термин не является чем-то новым для российских медиков: уже более 30 лет назначение медикаментозного лечения проводится с учетом сочетанной патологии. При выборе методов терапии нарушений ритма сердца важное значение имеет клиническая картина: если пароксизмальная тахиаритмия сопровождается тяжелыми гемодинамическими нарушениями (отек легких, сердечная астма, снижение артериального давления и др.), необходимо применять электрические технологии: электроимпульсная терапия, электрокардиостимуляция. В случае редких непродолжительных асимптомных (малосимптомных) пароксизмальных тахиаритмий лечение не требуется. При выборе антиаритмического препарата следует учитывать:

- вид аритмии;
- действенность антиаритмика и его побочные реакции;
- состояние сократительной функции миокарда;
- наличие или отсутствие дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения;
- функцию синусового узла, состояние проводящей системы сердца;
- продолжительность тахиаритмии, основное заболевание и др.

Наиболее эффективными препаратами для купирования самого частого нарушения ритма сердца – ФП – являются пропafenон и не зарегистрированный в России флекаинид (ESC – European Society of Cardiology, 2010). Эффективность пропafenона составляет 60–72%, ибутилида – 67–75%, амиодарона – 52–65%. Новокаиномид из-за низкой эффективности (20–40%) рекомендован ESC только для купирования ФП у пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта. Амиодарон нецелесообразно использовать для быстрой кардиоверсии фибрилляции предсердий – ФП (исключение – хроническая сердечная недостаточность и острый коронарный синдром), так как эффект при внутривенном введении наступает только через несколько часов, ибутидил имеет IIb класс показаний из-за риска развития полиморфной желудочковой тахикардии – ЖТ (torsades de pointes; ESC 2010). Рекомендованы следующие режимы внутривенного введения препаратов при ФП и трепетании предсердий, предсердных тахикардиях:

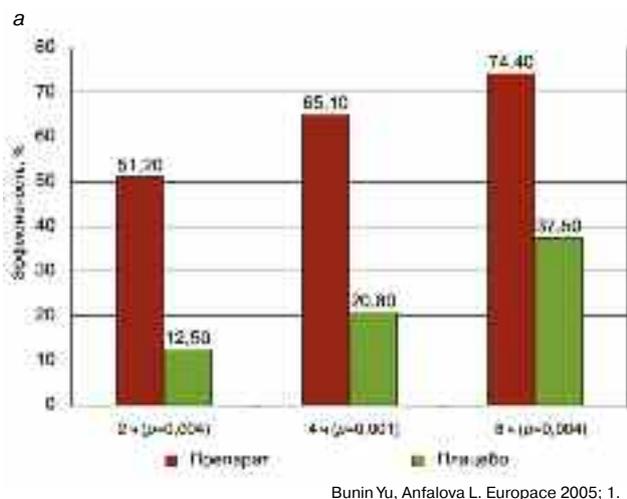
- пропafenон (2 мг/кг за 10 мин, выход инъекционного пропafenона в России ожидается в ближайшее время);
- флекаинид (2 мг/кг в течение 10 мин);
- амиодарон (5 мг/кг в течение 1 ч, затем 50 мг/ч);
- ибутидил (1 мг за 10 мин);
- новокаиномид (1,0–1,5 г – 17 мг/кг, инфузия со скоростью 30–50 мг/мин) – не рекомендован ESC.

Пропafenон и флекаинид помимо внутривенного введения можно применять перорально: пропafenон – 450–600 мг, флекаинид – 200–300 мг. Так называемая стратегия «таблетка в кармане», или, как заметил Юрий Андреевич, предложенный отечественный аналог «таблетка в кошельке» – очень удобный и функциональный вариант. К сожалению, он пока не нашел широкого распространения в России, хотя у данной формы очень высокая эффективность самостоятельного купирования приступа.

На рис. 1, а приведены собственные данные плацебо-контролируемого исследования эффективности «таблетки в кошельке» 600 мг пропafenона (Пропанорм®): наблюдение свыше 8 ч демонстрирует высокую эффективность – 74%; результат появляется уже через 2 ч. Препарат можно принимать однократно 4 таблетки по 150 мг (600 мг) или

Рис. 1. Купирование ФП пропafenоном и флекаинидом.

Эффективность однократного перорального приема 600 мг пропafenона при купировании пароксизмальной ФП (n=50) Пропанорм® («ПРО.МЕД.ЦС. ПРАГА а.о.»)

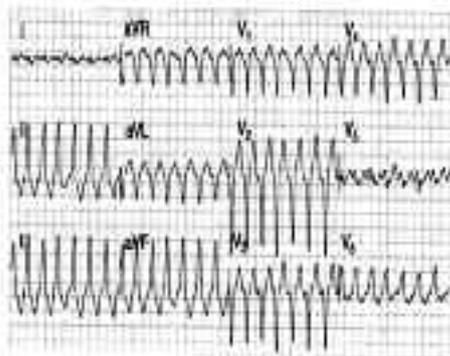


Эффективность антиаритмиков IC класса (70% – пропafenон; 30% – флекаинид) и амиодарона в купировании ФП (метаанализ 9 исследований)



Рис. 2. Идиопатическая ЖТ из выносящего тракта правого желудочка.

Электрокардиограмма идиопатической ЖТ из выносящего тракта правого желудочка («БЛВ-тип» с отклонением электрической оси вправо)



Лечение идиопатической ЖТ из выносящего тракта правого желудочка

1. Выделяют два клинических варианта данной аритмии: **пароксизмальный и непрерывно рецидивирующий**.
2. Электрофизиологический механизм развития – **поздние постдеполяризации**.
3. Гемодинамические нарушения встречаются редко – **прогноз хороший**. При непрерывно рецидивирующем варианте может развиваться **кардиомегалия**.
4. **Купирование: аденозинтрифосфат (аденозин); аденозинчувствительная ЖТ.**
5. Профилактика пароксизмов: **β-адреноблокаторы, верапамил**. При их неэффективности – **антиаритмики IC и III классов или радиочастотная абляция** (эффект – 60–80%).

450 мг, если больной не старше 60–70 лет и весит не менее 60 кг, но при одном условии: первое купирование должно проходить в присутствии врача. Это необходимо для оценки результативности действия и наличия побочных эффектов, хоть и незначительных (подташнивание, головная боль), но которые также необходимо учитывать.

На рис 1, б показано сравнение действенности антиаритмиков IC класса (70% – пропafenон; 30% – флекаинид) и амиодарона в купировании ФП (метаанализ 9 исследований). Эффективность пропafenона и флекаинида наступает через 30–40 мин при внутривенном введении, тогда как результативность амиодарона наступает только через 6–8 ч, а сравнивая с пропafenоном – только через 24 ч.

При ЖТ довольно сложно определить наиболее эффективный препарат: новокаинамид – 4–68%, лидокаин – 33–51%, амиодарон – 48–60%. Из-за медленного наступления эффекта для экстренного купирования амиодарон используется редко. Применение более эффективного новокаинамида ограничено из-за вызываемых осложнений: гипотензия, удлинение QT, «улучшение» атриовентрикулярного проведения, – препарат запрещен к использованию у больных с систолической дисфункцией левого желудочка. В связи с этим на первый план выходит применение менее действенного лидокаина.

Вторая часть доклада была посвящена лекарственной терапии при разных формах нарушения сердечного ритма. Ю.А.Бунин отметил расширение показаний в новых реко-

мендациях ESC для антиаритмиков IC класса, назвав его Ренессансом, эпохой Возрождения данной группы препаратов. Показаниями к их применению являются ЖТ (идиопатические, каналопатии; рис. 2), нарушения функции синусового узла (синдром брадикардии-тахикардии).

Комментируя рекомендации ESC 2012 по купированию ФП, Ю.А.Бунин отметил, что применение инъекционного новокаинамида с появлением инъекционной формы пропafenона сойдет практически на нет, поскольку пропafenон значительно эффективнее, чем новокаинамид, и не имеет свойственных новокаинамиду нежелательных эффектов. Амиодарон должен вводиться очень медленно: 5 мг/кг внутривенно в течение 60 мин, затем внутривенная инфузия – 50 мг/ч (не более 2 г/сут).

В заключительной части доклада Юрий Андреевич обратил внимание слушателей на проблему терапии аритмий при ведении беременности. Он подчеркнул, что в этом случае не рекомендуется использовать новый малоэффективный и токсичный антиаритмик – дронедазон, отечественные антиаритмики IC класса – аллапинин, этагизин, этmozин, так как не изучалась их безопасность при беременности, а также новые оральные антикоагулянты – дабигатран, апиксабан и ривароксабан (фетотоксичны). Антиаритмики категории D (Управление по контролю пищевых продуктов и лекарств в США, Food and Drug Administration – FDA) – амиодарон и т.п. – применяются только при лечении жизнеопасных аритмий, когда другие препараты или немедикаментозные методы лечения невозможны.