

Рис. 3. Купирование пароксизма ФП. Стратегия «таблетка в кармане» [1, 2].



ААП, впервые было сообщено о прямой связи между применением амиодарона и ЗНПВЖП.

Сложность выбора ААП может возникнуть у врачей в случае возникновения пароксизма ФП у пациентов с тиреотоксикозом, так как пациенты, зная о заболевании щитовидной железы, отказываются от применения амиодарона. Однако в этом случае купировать ФП можно и нужно амиодароном, если есть показания. Вторым рекомендованным в такой ситуации препаратом, присутствующим на российском фармацевтическом рынке, является пропafenон. В настоящее время он используется только как стратегия «таблетка в кармане», но к декабрю ожидается выход инъекционной формы препарата. Эффективность стратегии «таблетка в кармане» была показана в исследовании (рис. 3).

При сравнении эффективности амиодарона (внутривенно), флекаинида (таблетки), пропafenона (внутривенно, таблетки) при купировании ФП в промежутке до 8 ч лучшие результаты продемонстрировали препараты IC класса: 76% – пропafenон в таблетках, 75% – флекаинид в таблетках, пропafenон внутривенно против 57% амиодарона внутривенно [3]. Таким образом, для восстановления синусового ритма можно использовать и стратегию «таблетка в кармане», и внутривенное введение препаратов этого класса. Решая вопрос о выборе препарата для сохранения синусового ритма, О.Н.Миллер подчеркнула, что следует обратить внимание на то, что хотя амиодарон более эффективен в поддержании синусового ритма, чем соталол, пропafenон, флекаинид или дронедазон, однако, учитывая токсический профиль, его следует использовать в случаях, когда другие ААП неэффективны или противопоказаны (1 А/С) [1, 2].

Антиаритмические эффекты пропafenона были проанализированы в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом перекрестном исследовании в 2015 г. [4], которое показало, что:

- Пропafenон обладает антиаритмическим эффектом как IC, так и II класса.
- 600 мг пропafenона, т.е. доза, показанная в современных рекомендациях для кардиоверсии ФП, вызывает клинически значимую β -блокаду.
- Однократная доза 600 мг также подходит для кардиоверсии пароксизмальной ФП у больных со структурной болезнью сердца, поскольку β -адреноблокаторы (β -АБ) явно показаны при лечении ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности [4].

Вниманию слушателей профессор О.Н.Миллер предложила клиническую ситуацию, связанную с риском аритмий сердца при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Применение глюкокортикостероидов и агонистов β -адренорецепторов при терапии ХОБЛ способствует значительному риску ФП, наджелудочковых и желудочковых аритмий. Наиболее часто у лиц с ХОБЛ встречается предсердная аритмия. Очаговая предсердная аритмия, как правило, не купируется аденозинтрифосфатом, вагусными приемами и ЭС. При стабильной гемодинамике с целью урежения частоты сердечных сокращений у пациентов с ХОБЛ применяются верапамил, дилтиазем, β -АБ, но в период обострения β -АБ противопоказаны. Хорошим купирующим эффектом обладают ААП IA, IC класса (пропafenон), поэтому появление в скором времени его инъекционной формы будет мощным подспорьем и врачам скорой помощи, и врачам приемных отделений. При нарушениях гемодинамики применяют электрическую кардиоверсию (мощность разряда 50–100 Дж).

В заключение доклада профессор О.Н.Миллер сделала выводы:

- Одним из наиболее противоречивых вопросов в кардиологии является лечение аритмий!
- На сегодня целью ААТ должно быть не только и не столько устранение самой аритмии, сколько улучшение качества жизни пациента с гарантией безопасности этого лечения.
- Отсутствие единого комплексного научного подхода к оценке коморбидности влечет за собой пробелы в клинической практике.
- Не может остаться незамеченным отсутствие коморбидности в систематике заболеваний, представленных в Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Медикаментозная профилактика аритмий сердца: вопросы эффективности и безопасности, коморбидность

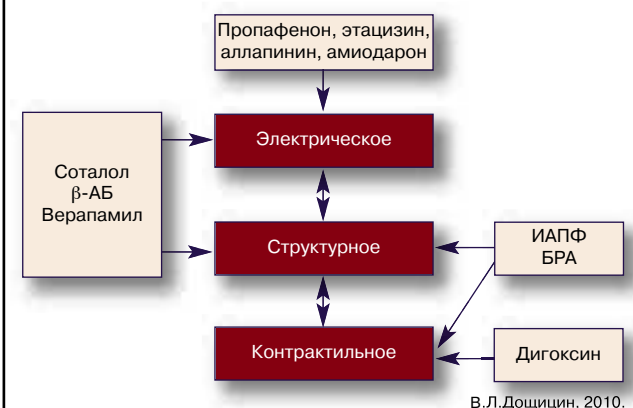


В.Л.Дощицин,
доктор медицинских наук,
профессор, ГБОУ ВПО
«Российский национальный
исследовательский
медицинский университет
им. Н.И.Пирогова»
Минздрава России, Москва

Продолжая общую тему терапии аритмий при коморбидных состояниях, В.Л.Дощицин в заключительном докладе сделал акцент на безопасность антиаритмических

препаратов (ААП). Докладчик подчеркнул, что основными проблемами аритмологии становятся суправентрикулярные аритмии, существенно влияющие на качество жизни, и внезапная аритмическая смерть. Анализ этиологии фибрилляции предсердий (ФП) показал, что чаще причинами их возникновения являются гипертоническая болезнь – ГБ (29–56%), ишемическая болезнь сердца – ИБС (10–55%), идиопатическая фибрилляция (5–35%), ревматические пороки (4–23%), гипертиреоз (4–11%). Обобщая имеющиеся данные, можно составить словесный портрет пациента с ФП: пожилой мужчина с ГБ и/или ИБС, употребляющий алкоголь. При анализе причин внезапной аритмической смерти: 90% – ИБС, 10% – гипертрофия желудочков сердца, воспалительные, дегенеративные, токсические и другие поражения миокарда, первичные поражения проводящей системы сердца, электрофизиологические нарушения. Таким образом, очевидно доминирующее значение ГБ и ИБС.

Рис. 1. Ремоделирование предсердий и препараты для лечения мерцательной аритмии.



В.Л.Дощицин, 2010.

В случае присоединения к этой морфологической базе аритмий они могут значительно отягощать прогноз. К потенциально злокачественным аритмиям относятся:

- желудочковая пароксизмальная тахикардия;
- мерцание предсердий;
- трепетание предсердий;
- суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

В.Л.Дощицин продемонстрировал, каким образом ГБ и сердечная недостаточность могут влиять на возникновение ФП: электрическое ремоделирование (укорочение эффективного рефрактерного периода) приводит к структурному изменению (вызывает дилатацию) и затем к контрактильному ремоделированию (снижению сократимости). И чем дольше предсердие находится в состоянии фибрилляции, тем больше оно склонно ее поддерживать по причине процессов электрического ремоделирования и тем сложнее разорвать возникший замкнутый круг. Однако попытки воздействия на каждое звено в настоящее время предпринимаются (рис. 1).

Для медикаментозной профилактики рецидивирования ФП применяются пропафенон, амиодарон, соталол, имеющие доказательную базу, также довольно широко используются этацизин, аллапинин, хотя эти препараты менее изучены. Дизопирамид и дронадарон не применяются. Исследование, проведенное в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский центр им. В.А.Алмазова» Минздрава России, показало, что сравнительная эффективность основных ААП: амиодарона, соталола, пропафенона – практически одинакова, однако они существенно различаются по

безопасности (рис. 2), поэтому по соотношению эффективность/безопасность на 1-е место выходит пропафенон.

Эффективность препарата при купировании и профилактике пароксизмов ФП доказана в международных и отечественных исследованиях. Он входит в международные рекомендации по ведению больных с ФП, имеет низкую частоту побочных эффектов, заставляющих прекращать прием препарата. Пропафенон эффективен при ФП у пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта и при лечении желудочковых аритмий.

Владимир Леонидович уделит внимание вопросу о возможности назначения пропафенона лицам с ИБС, на который американские рекомендации дают отрицательный ответ. Однако существующее утверждение, что ААП I класса рекомендуются больным без выраженных органических изменений сердца, подразумевает применение препаратов данного класса препаратов в случае отсутствия таких изменений, как:

- сердечная недостаточность III стадии, IV функционального класса, фракция выброса (ФВ) левого желудочка менее 40%;
- острые формы ИБС, перенесенный инфаркт, стенокардия III–IV функционального класса, аортокоронарное шунтирование;
- гипертрофия левого желудочка более 1,4 см.

Артериальная гипертензия (АГ), хронические формы ИБС, пороки сердца и т.д. не являются противопоказанием к назначению этих средств, если не приводят к указанным изменениям. Подтверждение сказанному – результаты отечественного исследования ПРОСТОР – «Эффективность и безопасность применения пропафенона (ПРОпанорма) у лиц с пароксизмальной и/или персистирующей формами фибрилляции предсердий и хронической Сердечной недостаточностью с сохранными систолической функцией левого желудочка». Лица с ГБ с умеренно выраженной сердечной недостаточностью без систолической дисфункции левого желудочка принимали пропафенон или амиодарон для профилактики пароксизмов ФП. Был накоплен и проанализирован большой материал, позволивший сделать следующие выводы:

- Пропанорм®, как ААП IC класса, не ухудшает показатели гемодинамики у пациентов с АГ, ИБС, хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией.
- Антиаритмическая эффективность Пропанорма через 12 мес составляет 54,2% и не уступает таковой при применении Кордарона (52,9%).
- При отсутствии постинфарктной кардиопатии с ФВ<40% Пропанорм® может быть использован в качестве ААП, при необходимости в сочетании с β-адреноблокаторами (β-АБ).
- Пропанорм® более безопасен по сравнению с Кордароном в отношении нежелательных явлений (2% против 31,6%).

В заключение В.Л.Дощицин рассказал об альтернативных методах лечения аритмий. Так, например, по его словам, довольно интенсивно в настоящее время используется методика абляции предсердий. Целью всех антиаритмических методов являются уменьшение симптомов аритмии, улучшение качества жизни, устранение гемодинамических нарушений, улучшение прогноза: *noli nocere* – не навреди.

Литература/References

1. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. 2012. / Rekomendatsii Evropeiskogo obshchestva kardiologov po diagnostike i lecheniiu fibrillatsii predserdi. 2012. [in Russian]
2. Alboni P, Botto GL et al. Outpatient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the "pill-in-the-pocket" approach. N Engl J Med 2004; 351: 2384–91.
3. Sestito A, Molina E. Atrial fibrillation and the pharmacological treatment: the role of propafenone. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2012; 16: 242–53.
4. Stoschitzky K et al. Propafenone shows class Ic and class II antiarrhythmic effects. Europace 2015.

Рис. 2. Сравнительная эффективность и безопасность разных ААП (%).

