

«Таблетка в кармане»: за и против

А.В.Сыров[✉]

ГБУЗ Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения г. Москвы. 127474, Российская Федерация, Москва, Керамический пр., д. 496

Обсуждены проблемы купирования пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП). Подробно разобрана тактика «таблетки в кармане», в том числе на конкретном клиническом примере. Несмотря на убедительные данные клинических исследований и практики, метод «таблетка в кармане» с использованием пропafenона остается редко применяемым. 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. «Таблетка в кармане»: за и против. Consilium Medicum. 2016; 18 (1): 45–48.

"Pill in the pocket": the pros and cons

A.V.Syrov[✉]

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

Issues of interruption of paroxysmal atrial fibrillation (AF). Discussed in detail the tactics of "pill in the pocket", including the clinical case. Despite convincing data from clinical trials and practice, the method of "pill in pocket" with the use of propafenone is rarely used. A protocol on management of paroxysmal AF to be used in an 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. "Pill in the pocket": the pros and cons. Consilium Medicum. 2016; 18 (1): 45–48.

Несмотря на то, что фибрилляция предсердий (ФП) является самым частым нарушением сердечного ритма, остаются серьезные проблемы в лечении аритмии. Пароксизмы ФП, тромбоэмболические осложнения и хроническая сердечная недостаточность приводят к увеличению частоты госпитализаций и летальных исходов. По данным нашего амбулаторного центра, за 2013–2015 гг. пациенты с ФП на приеме у кардиолога составили 7,6% от общего количества приемов при среднем возрасте пациентов 69 лет. 2,0% пациентов имели постоянную форму ФП, 5,6% – пароксизмальную, персистирующую или впервые выявленную.

Вопросы первичной диагностики ФП продолжают оставаться достаточно острыми, что подтверждается появлением недельных и 30-дневных мониторингов электрокардиограммы (ЭКГ). На рис. 1 представлены данные мониторинга ЭКГ пациента, находившего в отделении интенсивной терапии. Зарегистрированные пароксизмы ФП были бессимптомными, и диагноз ФП пациенту ранее не ставился.

При диагностированной ФП врач амбулаторной практики сталкивается с 3 основными проблемами: подбором плановой антиаритмической терапии, купированием пароксизмов и профилактикой тромбоэмболических осложнений.

Для определения тактики лечения, восстановления синусового ритма или проведения пульсурежающей терапии возможно применение индекса EHRA (European Heart Rhythm Association); см. таблицу [1, 2]. Индекс предполагает анализ только симптомов для определения тактики лечения на основании переносимости аритмии. При хорошем самочувствии (I–II классы EHRA) может быть предпочтительным сохранение ФП и проведение пульсурежающей терапии.

Вопрос восстановления синусового ритма при пароксизме ФП является крайне важным, так как это приводит к частым вызовам скорой медицинской помощи (СМП), снижению качества жизни и повышению риска развития осложнений. При пароксизме ФП, по опросу пациентов, как правило, они вызывают СМП и, в том случае если внутривенное введение прокаинамида не купирует приступ, пациент госпитализируется. По анализам выписных эпикризов в стационаре чаще всего проводится внутривенная инфузия амиодарона, а при неэффективности – электроимпульсная терапия.

Подробно описанный в действующих российских и международных рекомендациях по лечению ФП [1, 3, 4] метод «таблетки в кармане» для самостоятельного купирования пароксизма ФП остается за пределами лечебной тактики. Пациенты не информированы о возможности самостоятельного безопасного восстановления синусового ритма.

В рамках этой тактики рекомендуются препараты пропafenон или флекаинид. Однако в настоящее время флекаинид в России отсутствует. Единственным препаратом, имеющимся в арсенале врача и рекомендованным как «таблетка в кармане», является пропafenон. Купирующий эффект препарата развивается уже через 3–4 ч после приема, что крайне удобно при использовании в амбулаторных и домашних условиях.

Важные данные по применению пропafenона были получены в российских исследованиях, подтвердивших высокую эффективность и безопасность препарата при купировании пароксизмов ФП [2, 5]. Первое использование препарата рекомендовано под контролем врача [1].

Результаты российского исследования ПРОМЕТЕЙ [2] показали, что эффективность 600 мг Пропанорма при купировании пароксизмов ФП составила 84%. Высокая безопасность препарата у широкой категории пациентов была также показана в российском исследовании ПРОСТОР [5]. В исследованиях использовался препарат Пропанорм® («ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о.»). По данным, приведенным в российских рекомендациях по лечению ФП [1], эффективность пропafenона при купировании пароксизма ФП составляет от 41 до 91%. P.Alboni и соавт. [6] оценивают эффективность пропafenона в 94% при условии раннего начала использования препарата. В исследовании P.Alboni среднее время приема препарата после начала пароксизма ФП составляло 36 мин.

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

Рис. 1. Бессимптомные пароксизмы ФП при проведении ЭКГ-мониторирования в отделении интенсивной терапии (из личного архива).



Собственный опыт применения пропafenона в течение 5 лет в условиях отделения интенсивной терапии Клинического госпиталя ГУВД с проведением ЭКГ-мониторирования у 106 пациентов не выявил ни одного клинического значимого проаритмического эффекта [7]. Единичные случаи брадикардии носили временный, клинически незначимый характер и не требовали лечения. Примеры восстановления синусового ритма во время ЭКГ-мониторирования представлены на рис. 2.

Исходя из сказанного, в нашем амбулаторном центре мы приняли протокол по применению пропafenона у пациентов с ФП.

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

Схема для купирования пароксизма ФП

В условиях поликлиники:

1. ЭКГ 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 была менее 70 кг – 450 мг [1, 2, 5].
3. Наблюдение в условиях дневного стационара в течение 4 ч.
4. При восстановлении синусового ритма – повторное снятие ЭКГ, контроль артериального давления (АД).
5. Если пароксизм ФП не купирован, решение вопроса о дальнейшей тактике: госпитализация для восстановления синусового ритма в стационаре или назначение пульсурежающей терапии.
6. Оценка риска тромбэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc. Назначение антикоагулянтов, если риск составляет 1 балл или больше.
7. Оценка риска геморрагических осложнений по шкале HAS BLED. При риске 3 балла или больше – коррекция тактики лечения, например, назначение противозвеной терапии или отмена препаратов, повышающих риск кровотечения.
8. При стабильном состоянии пациент покидает поликлинику с повторной консультацией 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 уд/мин и АД $<110/70$ мм рт. ст. прием препарата не рекомендуется.
3. Принять 300 мг пропafenона (Пропанорм®).

Рис. 2. Восстановление синусового ритма после назначения 600 мг пропafenона. ЭКГ-мониторирование в условиях отделения интенсивной терапии (из личного архива).



4. Через 1 ч контроль АД и пульса.
5. Если синусовый ритм не восстанавливается, а показатели АД и пульса соответствуют описанным критериям, прием еще 300 мг пропafenона.
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 рекомендуется однократный прием пропafenона (Пропанорм®) в дозе 600 мг для купирования пароксизма ФП. Обращается внимание на необходимость контроля АД и пульса и соблюдение постельного режима после приема препарата.

В приведенных ниже ситуациях показана обязательная госпитализация 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 (ЧСС) – более 150 уд/мин.

В остальных случаях возможно восстановление синусового ритма в амбулаторных условиях.

Использование пропafenона противопоказано при [1, 5]:

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

Описанный протокол применяется в нашем центре у амбулаторных пациентов в течение 3 лет. Только по имеющимся данным за этот период самостоятельно применили пропafenон для купирования пароксизмов ФП 86 пациентов. Осложнений, потребовавших вызова СМП или госпитализации, зарегистрировано не было. 20% пациентов, получивших рекомендации по купированию ФП, продолжали вызывать СМП, так как опасались самостоятельного применения препарата. Это было вызвано предшествующими рекомендациями врачей стационара или СМП по обязательному вызову врача при пароксизме ФП.

Непосредственную информацию по применению пропafenона для купирования пароксизма ФП пациенты получают в рамках проводимой нами Школы для пациентов с мерцательной аритмией. Все пациенты по окончании занятий получают памятку с подробными рекомендациями. Слайды для проведения школы мы планируем в ближайшее время разместить на сайте Клуба аритмологов России для свободного скачивания.

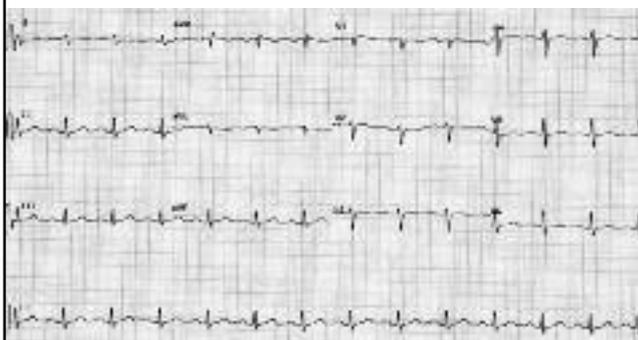
Клинический пример 1

Пациентка М., 69 лет, направлена на консультацию к кардиологу терапевтом. Предъявляет жалобы на перебои в ра-

Рис. 3. Пациентка М., 69 лет. Пароксизм ФП, тахисистолия (из личного архива).



Рис. 4. Пациентка М., 69 лет. Восстановление синусового ритма (из личного архива).



боте сердца и сердцебиение, появившиеся утром, в день обращения.

В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия более 10 лет. ФП около 3 лет. Пароксизмы ФП 1 раз в 1–2 мес, за последний год – трижды, приступы ФП купировались по СМП внутривенным введением прокаинамида. Еще 3 раза пациентка госпитализировалась. По данным выписок в стационарах 2 раза ФП была купирована внутривенной инфузией амиодарона и 1 раз – электроимпульсной терапией.

Получает плановую терапию: соталол 80 мг 2 раза, эналаприл – 20 мг/сут, амлодипин – 5 мг/сут, ацетилсалици-

ловая кислота – 75 мг/сут. При самоконтроле АД на уровне 160/100–140/90 мм рт. ст., пульс 60–70 уд/мин.

Во время осмотра удовлетворительное состояние. Отеков нет. Индекс массы тела 32 кг/м². Частота дыхания 14 в 1 мин, в легких хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 138 уд/мин, АД 140/100 мм рт. ст. На ЭКГ тахисистолическая форма ФП (рис. 3).

Пациентке назначен пропafenон (Пропанорм®) 600 мг однократно. Оставлена для наблюдения в дневном стационаре. Через 3 ч отмечается восстановление синусового ритма (рис. 4). 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 по шкале CHA₂DS₂-VASc и геморрагических осложнений по шкале HAS BLED. В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений – 3 балла (артериальная гипертензия, возраст, женский пол) назначен варфарин с подбором дозы под контролем МНО. Рекомендованное целевое МНО 2,0–3,0. Риск по шкале HAS BLED 2 балла подтверждает умеренный риск геморрагических осложнений при проведении антикоагулянтной терапии.

Кроме того, была усилена гипотензивная терапия: доза эналаприла увеличена до 20 мг 2 раза/сут, к лечению добавлен индапамид в дозе 2,5 мг. Дополнительно рекомендован прием статинов с поддержанием целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) меньше 1,8 ммоль/л.

Клинический пример 2

Пациент И., 70 лет, обратился к кардиологу самостоятельно с жалобами на внезапно возникшие перебои в работе сердца. Ранее посещал Школу для пациентов с мерцательной аритмией, где получил информацию о возможности самостоятельного купирования пароксизма ФП. Самостоятельно принимать пропafenон побоялся и обратился к кардиологу.

В анамнезе 3 года персистирующая форма ФП. Пароксизмы 3–4 раза в год, за последний год – трижды, приступы ФП купировались по СМП внутривенным введением прокаинамида. Артериальной гипертензии нет. Поставлен формальный диагноз ИБС на основании появления пароксизмов ФП. Диагноз ИБС не подтвержден нагрузочной пробой или исследованием коронарных артерий. Клиники стенокардии, хронической сердечной недостаточности нет. На ЭКГ синусовый ритм. Очаговых изменений, блокад

Рис. 5. Пациент И., 70 лет. Пароксизм ФП, тахисистолия (из личного архива).

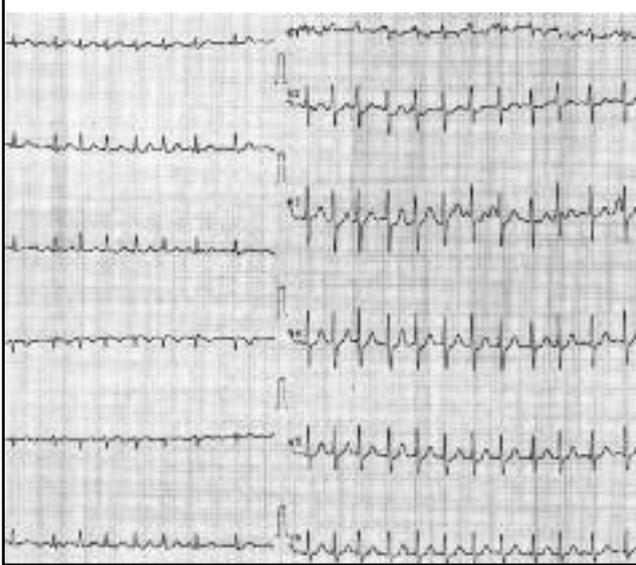


Рис. 6. Пациент И., 70 лет. Восстановление синусового ритма после приема 600 мг пропafenона (из личного архива).



нет. Интервалы *PQ*, *QT* в норме. Принимает бисопролол 2,5 мг, дабигатран 150 мг 2 раза/сут, аторвастатин 20 мг. В анализах крови холестерин – 3,7 ммоль/л, ЛПНП – 1,8 ммоль/л.

Во время осмотра удовлетворительное состояние. Отеков нет. Индекс массы тела – 26 кг/м². Частота дыхания – 14 в 1 мин, в легких хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 130 уд/мин, АД – 125/80 мм рт. ст. На ЭКГ тахисистолическая форма ФП (рис. 5).

Пациент оставлен в дневном стационаре. Назначено 600 мг пропafenона. Через 3,5 ч по ЭКГ восстановление синусового ритма с ЧСС 72 уд/мин (рис. 6).

Жалоб нет. АД 115/70 мм рт. ст. С учетом редких пароксизмов ФП плановая антиаритмическая терапия не назначена. Рекомендовано продолжить плановую терапию. Даны рекомендации по самостоятельному прерыванию пароксизмов ФП.

Выводы

1. Обучение пациентов, в частности в Школе для пациентов с ФП, является действенным методом повышения эффективности лечения.
2. У большинства пациентов с пароксизмами ФП не требуется вызов СМП и госпитализация, а восстановление синусового ритма возможно в амбулаторных или домашних условиях.
3. При отсутствии противопоказаний пропafenон является эффективным и безопасным препаратом для восстановления синусового ритма по методу «таблетка в кармане».

Литература/References

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК, ВНОА и АССХ, 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. 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. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005; 4 (4): 66–9. / Fomina I.G., Tarzimanova A.I., Vertluzhskii A.V. i dr. Propafenon pri vosstanovlenii sinusovogo ritma u bol'nykh s persistiruiushchei formoi fibrillatsii predserdii. «PROMETEJ» – otkrytoe, mul'titsentrovoe, pilotnoe issledovanie v Rossiiskoi Federatsii. Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika. 2005; 4 (4): 66–9. [in Russian]
3. 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.
4. 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.
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 ПРОСТОР. Рос. кардиол. журн. 2010; 4: 56–72. / Miller O.N., Starichkov S.A., Pozdnyakov Yu.M. i dr. Effektivnost' i bezopasnost' primeneniia propafenona (PropanormaR) i amiodarona (KordaronaR) u bol'nykh s fibrillatsiei predserdii na fone arterial'noi gipertonii, ishemicheskoi bolezni serdtsa i khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti s sokhranennoi sistolicheskoi funktsiei levogo zheludochka. Mnogotsentrovое otkrytoe randomizirovannoe, prospektivnoe, sravnitel'noe issledovanie PROSTOR. Ros. kardiол. zhurn. 2010; 4: 56–72. [in Russian]
6. 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.
7. Сыров А.В., Кондратенко Д.С., Агапкин И.Ю. Электрическая кардиоверсия при мерцательной аритмии: практические аспекты. Земский врач. 2012; 4: 21–4. / Syrov A.V., Kondratenko D.S., Agapkin I.Iu. Elektricheskaiа kardioversiia pri mertsatel'noi aritmii: prakticheskie aspekty. Zemskii vrach. 2012; 4: 21–4. [in Russian]
8. 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

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

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