

Пропафенон в лечении фибрилляции предсердий у пациента пожилого возраста: клинический случай и литературный обзор

A.V.Сыров^{1,2}, Н.В.Стуров²

¹ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр №6» Департамента здравоохранения г. Москвы. 127474, Россия, Москва, Керамический пр., д. 49б;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

✉ syrman2002_1@yahoo.com

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением сердечного ритма, требующим лечения, от нее страдают 2–3% взрослого населения. ФП приводит к увеличению риска развития инсульта в 5, сердечной недостаточности – в 3, деменции и летальности – в 2 раза. Проводимое лечение позволяет существенно снизить этот риск. Важным вопросом лечения являются восстановление синусового ритма при пароксизме ФП и проведение плановой антиаритмической терапии. Антиаритмический препарат 1С класса пропафенон является эффективным и безопасным препаратом для фармакологической кардиоверсии и проведения плановой антиаритмической терапии для профилактики рецидивов ФП у пациентов без выраженного органического поражения сердца.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, пропафенон, медикаментозная кардиоверсия, антиаритмическая терапия.

Для цитирования: Сыров А.В., Стуров Н.В. Пропафенон в лечении фибрилляции предсердий у пациента пожилого возраста: клинический случай и литературный обзор. Consilium Medicum. 2018; 20 (10): 59–64. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.10.59-64

Case reports

Propafenone in treatment of atrial fibrillation in elderly patient: case report and source review

A.V.Syrov^{1,2}, N.V.Sturov¹

¹Advisory-Diagnostic Center №6 of the Department of Health of Moscow. 127474, Russian Federation, Moscow, Keramicheskii pr., d. 49b;

²People's Friendship University of Russia. 117198, Russian Federation, Moscow, ul. Miklukho-Maklaia, d. 6

✉ syrman2002_1@yahoo.com

Abstract

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia requiring treatment, which affects 2–3% of the adult population. AF leads to an increased risk of stroke 5 times, heart failure 3 times, dementia and lethality 2 times. Treatment can significantly reduce this risk. An important issue of treatment is the restoration of sinus rhythm in the paroxysm of AF and the provision of planned antiarrhythmic therapy. Antiarrhythmic drug 1C of the class of propafenone is an effective and safe drug for pharmacological cardioversion and routine antiarrhythmic therapy for the prevention of recurrent AF in patients without serious cardiac damage.

Key words: atrial fibrillation, propafenone, medical cardioversion, antiarrhythmic therapy.

For citation: Syrov A.V., Sturov N.V. Propafenone in treatment of atrial fibrillation in elderly patient: case report and source review. Consilium Medicum. 2018; 20 (10): 59–64. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.10.59-64

Клинический пример (начало описания)

Пациентка Н., 66 лет, на консультации у кардиолога. Предъявляет жалобы на перебои в работе сердца и сердцебиение, появившиеся утром в день обращения. В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия (АГ) более 10 лет. Фибрилляция предсердий (ФП), персистирующая форма, 3 года. Документированной ишемической болезни сердца (ИБС), хронической болезни почек в анамнезе нет. Пароксизмы ФП 1 раз в 2–3 мес. За последний год приступы ФП трижды купировались по скорой медицинской помощи (СМП) внутривенным введением прокаинамида. Еще 2 раза пациентка госпитализировалась. По данным выписок из стационаров, ФП была купирована внутривенной инфузией амиодарона. Последние полгода принимает соталол 160 мг/сут и ривароксабан 20 мг/сут, гипотензивную терапию, статины. На фоне лечения при контроле артериального давления (АД) в домашних условиях на уровне 130/80 мм рт. ст. пульс около 60 уд/мин. Во время осмотра состояние удовлетворительное. Частота дыхания 14 в минуту, в легких хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) 120 уд/мин. АД 150/90 мм рт. ст. На электрокардиограмме (ЭКГ) определяется тахисистоличе-

ская форма ФП (рис. 1). На эхокардиограмме (по данным выписки из стационара) фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 65%, размер левого предсердия (ЛП) 42 мм. Гипертрофия задней стенки ЛЖ (12 мм), межжелудочковая перегородка (МЖП) 13 мм.

ФП является наиболее распространенным нарушением сердечного ритма, требующим лечения, – страдают 2–3% взрослого населения. Частота напрямую зависит от возраста, составляет около 1% у пациентов до 60 лет и достигает 12% в возрасте 75 лет и старше [1]. По нашим собственным данным, пациенты с ФП составляют от 6 до 8,5% (2015–2017 гг.) амбулаторных приемов врача-кардиолога. ФП приводит к увеличению риска развития инсульта в 5, сердечной недостаточности – в 3, деменции и летальности – в 2 раза, что определяет чрезвычайную актуальность проводимого лечения [1]. Имеет тенденцию к прогрессированию от пароксизмальной формы (длящейся менее 7 дней) к персистирующей (более 7 дней), длительно персистирующей (более 1 года) и постоянной. ФП считается постоянной, если восстановление синусового ритма невозможно или нецелесообразно [2, 3]. Распространенность ФП и высокий риск развития осложнений являются частой причиной вызова скорой помощи и госпитализации.

Рис. 1. Пациентка Н., 66 лет. Пароксизм ФП, тахисистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.



Проблемы диагностики ФП

Вопросы первичной диагностики ФП продолжают оставаться достаточно острыми, что значительно облегчается с помощью применения недельных, 30-дневных мониторов и имплантируемых петлевых регистраторов для длительного мониторинга ЭКГ, которые, к сожалению, недоступны в нашей реальной клинической практике. Возможны случаи, когда клинически мы подозреваем наличие пароксизмов ФП, однако не можем зарегистрировать аритмию, в том числе при суточном мониторинге ЭКГ. При ФП жалобы могут отсутствовать, такой пациент к врачу не обращается, и первым проявлением может стать развитие эмболического инсульта или транзиторной ишемической атаки. При впервые зарегистрированном пароксизме ФП пациент должен быть госпитализирован для неотложного обследования. ФП может быть первым проявлением других заболеваний и состояний, требующих неотложного лечения (острый коронарный синдром, осложнение кардиомиопатий, тиреотоксикоз, выраженная анемия и т.д.). Ключевыми вопросами являются выбор тактики лечения, проведение антиаритмической или пульсурежающей терапии.

Выбор тактики лечения

В первую очередь при пароксизме ФП врач должен принять решение о целесообразности восстановления синусового ритма и при положительном решении выбрать метод лечения. При принятии решения о купировании пароксизма ФП врач должен руководствоваться следующими соображениями:

- 1) наличием осложнений, связанных с пароксизмом ФП;
- 2) длительностью пароксизма и риском тромбоэмболических осложнений;
- 3) безопасностью применяемого антиаритмического препарата;
- 4) вероятностью удержания синусового ритма после восстановления;
- 5) переносимостью аритмии пациентом.

Если при пароксизме ФП развиваются угрожающие жизни пациента осложнения – острый коронарный синдром, острая сердечная недостаточность, очаговая неврологическая симптоматика, клинически значимая гипотония (АД < 90/60 мм рт. ст.), то необходимы экстренная госпитализация и восстановление синусового ритма электрической кардиоверсией (ЭК).

При наличии выраженных органических поражений сердца (ВОПС), к которым, применительно к купированию ФП, мы должны отнести нестабильное течение ИБС, выраженное снижение систолической функции ЛЖ (ФВ < 40%) и гипертрофию ЛЖ с толщиной стенки МЖП или задней стенки более 14 мм, вероятность удержания синусового ритма мала, что и определяет предпочтитель-

Таблица 1. Индекс для оценки симптомов, связанных с ФП (EHRA) [2, 3]

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

ность сохранения ФП и проведения пульсурежающей терапии. Кроме того, у пациентов с ВОПС имеются значительные ограничения в назначении антиаритмических препаратов для плановой терапии. В арсенале врача фактически остаются только β -адреноблокаторы и амиодарон. Плановое назначение антиаритмических препаратов IC класса (пропафенон, этацинин, аллапинин) этим пациентам противопоказано [1–3].

Действующие европейские и российские рекомендации предлагают применять индекс EHRA – European Heart Rhythm Association (табл. 1) для определения тактики лечения на основании переносимости аритмии [2, 3]. При удовлетворительном самочувствии (I–II классы EHRA) могут быть предпочтительными сохранение ФП и проведение пульсурежающей терапии. У пациентов в возрасте старше 65 лет тактика удержания синусового ритма не имеет преимуществ перед сохранением ФП с проведением пульсурежающей терапии [4–8].

Критерии принятия решения о купировании пароксизма ФП:

1. Частота пароксизмов ФП. При пароксизмах несколько раз в год – восстановление синусового ритма, при пароксизмах 1 раз в месяц и чаще – проведение пульсурежающей терапии.
2. Оценка безопасности и эффективности предыдущей антиаритмической терапии. При ВОПС, плохой переносимости антиаритмической терапии или осложнениях на фоне плановой антиаритмической терапии – сохранение ФП и проведение пульсурежающей терапии.
3. Возраст пациента старше 65 лет. Удержание синусового ритма не имеет преимуществ перед сохранением ФП и проведением пульсурежающей терапии.
4. Переносимость ФП (оценка по индексу EHRA). I–II класс говорит в пользу сохранения ФП, более высокий класс – в пользу восстановления синусового ритма.
5. Приверженность лечению и желание пациента.

Медикаментозная кардиоверсия

Обязательным условием для восстановления синусового ритма при пароксизме ФП является срок манифеста пароксизма ФП менее 48 ч или постоянный прием оральных антикоагулянтов (в этом случае срок не регламентирован). Не должно быть неустраняемых причин ФП. Угрожающие жизни осложнения при пароксизме ФП требуют экстренного восстановления синусового ритма с помощью ЭК с одновременным назначением антикоагулянтов [1–3].

Всех пациентов с пароксизмами ФП мы должны разделить на 2 группы: с и без ВОПС. У пациентов с ВОПС применять препараты IC класса (пропафенон, прокаинамид) нельзя [1–3]. С другой стороны, при ВОПС целесообразность восстановления синусового ритма, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, вообще сомнительная [4, 6, 9, 10]. Если пароксизм ФП протекает без существенных осложнений, следует решать вопрос о сохранении аритмии и проведении пульсурежающей терапии [4–8].

Вопрос догоспитального восстановления синусового ритма при пароксизме ФП является крайне важным, так

как он сопряжен с вызовами скорой помощи, увеличением частоты госпитализаций и, как следствие, снижением качества жизни. По проведенному нами опросу пациентов при пароксизме ФП они, как правило, вызывают скорую помощь. Если внутривенное введение прокаинамида и/или амиодарона не купирует приступ, пациент госпитализируется. По анализам выписных эпикризов в стационарах чаще всего проводится внутривенная инфузия амиодарона, а при неэффективности – ЭК [11].

До настоящего времени вне широкой лечебной практики остается применение такого эффективного препарата, как пропafenон, несмотря на имеющуюся доказательную базу и действующие рекомендации, которые позволяют применять препарат для восстановления синусового ритма при пароксизме ФП в амбулаторных и домашних условиях «таблетка в кармане». [1–3, 12–15]. Собственный опыт многолетнего применения препарата, в том числе в условиях дневного стационара амбулаторного центра, показал высокую эффективность и безопасность препарата [11].

Пропafenон

Пропafenон относится к антиаритмическим препаратам IC класса по классификации Воган-Вильямса. Является препаратом выбора для купирования пароксизма ФП у пациентов без ВОПС [1–3]. Имеющаяся доказательная база подтверждает высокий уровень безопасности, эффективности и скорости действия препарата [12–15].

Важные данные по применению пропafenона были получены в российском исследовании ПРОМЕТЕЙ [13], которое подтвердило высокую эффективность и безопасность препарата при купировании пароксизмов ФП. Эффективность 600 мг пропafenона (Пропанорма) при купировании пароксизма ФП составила 83,5%, а время восстановления синусового ритма составило 220 ± 60 мин при продолжительности пароксизма на момент приема препарата 22 ± 12 ч [13]. При назначении препарата в течение первого часа (36 ± 93 мин) от момента возникновения пароксизма ФП эффективность препарата еще выше и составила 94% в течение 6 ч в исследовании P.Alboni и соавт. [14]. Наличие двух форм пропafenона (Пропанорма), пероральной и внутривенной, дает возможность применять препарат самостоятельно пациентом («таблетка в кармане»), врачами амбулаторного, стационарного звена и скорой помощи.

По данным целого ряда плацебо-контролируемых исследований, однократный пероральный прием 450–600 мг пропafenона является эффективным и безопасным при купировании пароксизма ФП. В исследовании G.Boriani и соавт. эффективность перорального приема пропafenона для купирования пароксизма ФП составила 76%; препарат продемонстрировал высокий профиль безопасности [16]. Высокий уровень безопасности пропafenона в дозе 450–600 мг при купировании пароксизма ФП был подтвержден в исследовании A.Sarucci и соавт. [17]. В метаанализе I.Khan [18] эффективность однократного перорального приема пропafenона в дозе 600 мг составила 56–83% и зависела от длительности пароксизма ФП. Внутривенная форма пропafenона была более эффективна в течение первых 2 ч после введения, а в дальнейшем эффективность пероральной и внутривенной формы существенно не различались. В метаанализе V.Deneer и соавт. [19] сравнивалась эффективность перорального приема нагрузочной дозы амиодарона, соталола и пропafenона при купировании пароксизмов ФП. Было показано достоверное преимущество перорального приема 600 мг пропafenона при восстановлении синусового ритма в течение первых 4 ч. В исследовании D.Antonelli и соавт. [20] изучался оптимальный режим перорального приема пропafenона для восстановления синусового ритма. Пациенты были рандомизированы в 3 группы и получали различные дозы пропafenона (перорально 150, 300 и 600 мг). Наиболее эффективной стала доза препарата 600 мг – через 8 ч синусовый ритм восстановился у 77% пациентов. Получены данные по высокой эффективности и безопасности применения внутривенной формы препарата (Пропанорм®) бригадами скорой помощи: эффективность пропafenона при купировании пароксизма ФП через 1 ч после введения составила 73% [16].

Для купирования пароксизма ФП пропafenон назначается внутрь в дозе 450–600 мг. Обычно синусовый ритм восстанавливается в течение 2–6 ч. Внутривенно препарат вводится болюсно или на разведении 5% раствором глюкозы в дозе 140 мг (2 мг/кг) в течение 10 мин. Если синусовый ритм не восстановился, через 1,5–2 ч препарат вводится повторно в прежней дозе. Внутривенное введение препарата позволяет получить более быстрый результат в сравнении с пероральной формой. Синусовый ритм восстанавливается в течение периода времени от 30 мин до 2 ч. Пропafenон обладает слабой β -адреноблокирующей активностью, поэтому целесообразно избегать его применения

Рис. 2. Алгоритм купирования неосложненного пароксизма ФП длительностью менее 48 ч у пациентов без ВОПС. У пациентов, планоно получающих оральные антикоагулянты, возможно восстановление синусового ритма при любой длительности пароксизма.



у пациентов с выраженным синдромом бронхообструкции. Первое использование препарата рекомендовано под контролем врача.

Показания для обязательной госпитализации при пароксизме ФП:

1. Впервые зарегистрированный пароксизм ФП.
2. Развитие осложнений (артериальная гипотония, ангинозные загрудинные боли, признаки ишемии миокарда на ЭКГ, острая сердечная недостаточность, неврологическая симптоматика и т.п.).
3. Высокая ЧСС (более 150 уд/мин).

Противопоказания к применению пропафенона:

1. Снижение систолической функции ЛЖ (ФВ < 50%).
2. Нестабильное течение ИБС.
3. Выраженная гипертрофия ЛЖ (более 14 мм).
4. Удлинение на ЭКГ скорректированного интервала $QT_c > 460$ мс.
5. Дисфункция синусового узла.
6. Нарушения проводимости.
7. Бронхообструктивные заболевания.
8. Гликозидная интоксикация.

Схема применения пропафенона для купирования пароксизма ФП

В домашних условиях («таблетка в кармане»):

1. Измерение АД и пульса до приема пропафенона. При пульсе менее 70 уд/мин и АД менее 110/70 мм рт. ст. прием препарата не рекомендуется.
2. Принять 300 мг пропафенона.
3. Постельный режим после приема препарата в течение 6 ч.
4. Через 1 ч провести контроль АД и пульса.
5. Если синусовый ритм не восстановился, а показатели АД и пульса не выходят за рамки описанных выше критериев, принять еще 300 мг пропафенона.
6. Если пароксизм ФП не купирован в течение 6 ч, следует самостоятельно обратиться к врачу (прием или вызов на дом) для определения дальнейшего лечения или вызвать бригаду скорой помощи.
7. При эффективности и хорошей переносимости препарата в дальнейшем по согласованию с лечащим врачом рекомендуется однократный прием пропафенона в дозе 600 мг для купирования пароксизма ФП. Обра-

зуется внимание на необходимость контроля АД и пульса и соблюдения постельного режима после приема препарата.

В условиях поликлиники:

1. ЭКГ для подтверждения ФП.
2. Пропафенон 600 мг однократно при массе тела 70 кг и выше, если масса тела менее 70 кг – 450 мг [1, 3, 4].
3. Наблюдение в условиях дневного стационара в течение 4 ч.
4. При восстановлении синусового ритма – повторное снятие ЭКГ, контроль АД.
5. Если пароксизм ФП не купирован – решение вопроса о дальнейшей тактике: госпитализации для восстановления синусового ритма в стационаре или назначении пульсурежающей терапии.
6. Независимо от риска тромбоэмболических осложнений назначаются антикоагулянты на 4 нед. Проводится оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc. Плановое назначение антикоагулянтов при риске 2 балла является обязательным. При риске 1 балл (не учитывается женский пол) назначение антикоагулянтов является предпочтительным, но окончательное решение остается за лечащим врачом.
7. Оценка риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED. При риске 3 балла или больше проводится коррекция тактики лечения, например, назначение противоязвенной терапии и отмена препаратов, повышающих риск кровотечения.
8. При стабильном состоянии пациент покидает поликлинику с рекомендациями по плановой антиаритмической и антикоагулянтной терапии.

В стационарных условиях:

1. ЭКГ для подтверждения ФП.
2. Пропафенон в дозе 2 мг на 1 кг массы тела (140 мг) внутривенно в течение 10 мин болюсно или на разведении 5% раствором глюкозы. Если пароксизм ФП не купирован, повторное введение препарата через 1,5–2 ч в прежней дозе.
3. Если пароксизм ФП не купирован в течение 4 ч после введения препарата – решение вопроса о проведении электроимпульсной терапии.
4. Оценка риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений. Назначение плановой антиаритми-

Таблица 2. Результаты исследования ПРОСТОР [11]

Причина госпитализации	Пропанорм® (n=203)		Амиодарон (n=101)	
	исходно	12 мес	исходно	12 мес
Сердечно-сосудистые события, n (%)	167 (82,3)	84 (41,4)	87 (86,1)	40 (39,6)
Госпитализация по поводу пароксизмов ФП, n (%)	198 (97,5)	59 (29,1)	83 (82,2)	26 (25,7)
Декомпенсация ХСН, n (%)	46 (22,7)	17 (8,4)	35 (34,7)	8 (7,9)
Декомпенсация АГ, n (%)	114 (56,2)	7 (3,4)	49 (48,3)	4 (3,96)
Декомпенсация ИБС, n (%)	7 (31,8)	1 (4,5)	12 (35,3)	2 (5,9)

Рис. 3. Пациентка Н., 66 лет. Восстановление синусового ритма после приема пропafenона.



ческой (при восстановлении синусового ритма) или пульсурежающей (при сохранении ФП) и антикоагулянтной терапии.

Принимая во внимание все изложенное, предлагаем алгоритм для купирования неосложненных пароксизмов ФП у пациентов без ВОПС (рис. 2). Необходимо помнить, что у пациентов, не принимающих оральные антикоагулянты, все этапы восстановления синусового ритма при пароксизме ФП не должны занимать более 48 ч. Амбулаторное купирование ФП на догоспитальном этапе при длительности пароксизма ФП более 48 ч нецелесообразно.

Плановая антиаритмическая терапия

Пропафенон рекомендован для плановой профилактики ФП у пациентов без ВОПС [1–3]. Начальная доза составляет 150 мг 3 раза в сутки, желательна комбинация с β -адреноблокаторами или верапамилом, не допуская выраженной брадикардии менее 50 уд/мин. Возможно увеличение дозы до 300 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза пропафенона составляет 900 мг. После начала лечения (или увеличения дозы пропафенона) необходимо оценить на ЭКГ интервалы PQ, QRS – при их удлинении более чем на 25% нужно уменьшить дозу или отменить препарат. Пропафенон существенно не удлиняет интервал QT.

Высокая эффективность и безопасность пропафенона при плановой антиаритмической терапии ФП были показаны в исследованиях F.Bellandi и соавт. [21], T.Meinertz и соавт. [22], а также в российском исследовании ПРОСТОР [12]. В исследовании ПРОСТОР приняли участие 304 пациента (средний возраст 57 лет) с пароксизмальной или персистирующей ФП и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ \geq 50%), АГ, стенокардией напряжения I–III функционального класса (ФК), ХСН I–III ФК. Критериями исключения являлись острый коронарный синдром, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН IV ФК, ФВ ЛЖ <50% и заболевания (кроме ИБС и АГ), являющиеся причиной ФП, – ревматизм, пороки сердца, кардиомиопатии и т.д. Проводилась плановая терапия пропафенонем (Пропанормом) или амиодароном (Кордароном) для профилактики пароксиз-

мов ФП. Частота удержания синусового ритма в течение 12 мес составила для пропафенона 55,7%, а для амиодарона – 56,4%. Частота госпитализаций как по поводу пароксизмов ФП, так и по поводу декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний между группами пациентов, принимающих пропафенон и амиодарон, не различалась, но была достоверно ниже, чем до лечения (табл. 2). Общая частота нежелательных явлений при приеме пропафенона составила 1,97% (только брадикардия), а при приеме амиодарона – 33,7% (состояние гипо- и гипертиреоза, фотодерматоз, повышение трансаминаз, удлинение интервала QT).

Клинический пример (завершение)

Состояние пациентки стабильное, ВОПС и показаний для госпитализации нет. С учетом достаточно редких пароксизмов ФП и эффективности антиаритмических препаратов в анамнезе показано восстановление синусового ритма. Назначен пропафенон (Пропанорм®) 600 мг однократно. Наблюдение в дневном стационаре. Через 3 ч отмечается восстановление синусового ритма, АД 130/80 мм рт. ст., жалоб нет (ЭКГ – рис. 3).

Даны рекомендации: отменить соталол, планово начать прием пропафенона 150 мг 3 раза в сутки, при возникновении пароксизма ФП принять 600 мг пропафенона однократно, а очередной плановый прием препарата пропустить, чтобы не превышать максимально разрешенную суточную дозу препарата, которая составляет 900 мг/сут.

Проведена стратификация риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc и геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED. В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений в 3 балла (АГ, возраст, женский пол) рекомендовано продолжить постоянный прием оральных антикоагулянтов. Риск по шкале HAS-BLED составил 2 балла, что подтверждает умеренный риск геморрагических осложнений при проведении антикоагулянтной терапии.

Литература/References

- 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.
- Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Клинические Рекомендации. Всероссийского Научного Общества специалистов по клинической электрофизиологии, Аритмологии и электрокардиостимуляции (ВНОА) в сотрудничестве с Российским Кардиологическим обществом (РКО) и Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ). 2017 г. / Diagnostika i lechenie fibrilljacji predserdij. Klinicheskie Rekomendacii. Vserossijskogo Nauchnogo Obshhestva specialistov po klinicheskoj jelektrofiziologii, Arimologii i jelektrokardiostimuljaciji (VNOA) v sotrudnichestve s Rossijskim Kardiologicheskim obshhestvom (RKO) i Associacii serdechno-sosudistyh hirurgov Rossii (ASSH). 2017 g. [in Russian]
- 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC).
- AFFIRM Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002; 347: 1825–33.
- Olshansky B, Rosenfeld LE, Warner AL et al. AFFIRM Investigators The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study: approaches to control rate in atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2004; 43 (7): 1201–8.

6. Karamichalakis N, Letsas K, Vlachos K et al. Managing atrial fibrillation in the very elderly patient: challenges and solutions. *Vasc Health Risk Manag* 2015; 11: 555–62.
7. Van Gelder I, Hagens V, Bosker H et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002; 347: 1834–40.
8. Roy D, Talajic M, Nattel S et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med* 2008; 358: 2667–77.
9. Wyse DG. Pharmacotherapy for rhythm management in elderly patients with atrial fibrillation. *J Interv Card Electrophysiol* 2009; 25 (1): 25–9.
10. Kerzner R, Rich M. Atrial fibrillation in the elderly. *J Ger Cardiol* 2005; 2 (2): 68–73.
11. Сыров А.В. «Таблетка в кармане», за и против. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (1): 45–8. / Syrov A.V. "Pill in the pocket": the pros and cons. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (1): 45–48. [in Russian]
12. Миллер О.Н., Старичков С.А., Поздняков и др. Эффективность и безопасность применения пропafenона (пропанорма®) и амиодарона (кордарона®) у больных с фибрилляцией предсердий на фоне артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Многоцентровое открытое рандомизированное, проспективное, сравнительное исследование ПРОСТОП. *Рос. кардиол. журн.* 2010; 4: 56–72. / Miller O.N., Starichkov S.A., Pozdnjakov i dr. Jeffektivnost' i bezopasnost' primeneniya propafenona (propanorma®) i amiodarona (kordarona®) u bol'nykh s fibrillacijej predserdij na fone arterial'noj gipertonii, ishemichejskoj bolezni serdca i hronicheskoj serdečnoj nedostatočnosti s sohranennoj sistolichejskoj funkciej levogo zheludochka. Mnogocentrovoe otkrytoe randomizirovanное, prospektivnoe, sravnitel'noe issledovanie PROSTOR. *Ros. kardiол. zhurn.* 2010; 4: 56–72. [in Russian]
13. Фомина И.Г., Тарзиманова 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, multitsentrovое, pilotnoe issledovanie v Rossijskoj Federatsii. *Kardiоvаскуляриаиа терапия i profilaktika*. 2005; 4 (4): 66–9. [in Russian]
14. 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.
15. Лукьянова И.Ю., Кузнецов А.В., Комарницкий В.М., Козырева А.Г. Изучение эффективности и безопасности препаратов для медикаментозной кардиоверсии у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на догоспитальном этапе. *Скорая медицинская помощь*. 2017; 4: 43–7. / Luk'ianova I.Iu., Kuznetsov A.V., Komarnitskii V.M., Kozyreva A.G. Izuchenie effektivnosti i bezopasnosti preparatov dlia medikamentoznoi kardioversii u bol'nykh s paroksizmal'noi formoi fibrillatsii predserdii na dogospital'nom etape. *Skoraia meditsinskaia pomoshch'*. 2017; 4: 43–7. [in Russian]
16. Boriani G, Capucci A, Lenzi T et al. Propafenone for conversion of recent-onset atrial fibrillation: a controlled comparison between oral loading dose and intravenous administration. *Chest* 1995; 108: 355–8.
17. Capucci A, Villiani G, Aschieri D. Safety of oral propafenone in the conversion of recent-onset atrial fibrillation to sinus rhythm: a prospective parallel placebo-controlled multicenter study. *Int J Cardiol* 1999; 68: 187–96.
18. Khan I. Single oral loading dose of propafenone for pharmacological cardioversion of recent-onset atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37 (2): 542–7.
19. Deneer V, Borgh M, Kingma J et al. Oral antiarrhythmic drugs in converting recent onset atrial fibrillation. *Pharm World Sci* 2004; 26 (2): 66–78.
20. Antonelli D, Darawsha A, Rimbrot S et al. Propafenone dose for emergency room conversion of paroxysmal atrial fibrillation. *Harefuah* 1999; 136 (11): 857–9.
21. Bellandi F, Simonetti I, Leoncini M et al. Long-term efficacy and safety of propafenone and sotalol for the maintenance of sinus rhythm after conversion of recurrent symptomatic atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 2001; 88 (6): 640–5.
22. Meinertz T, Lip GY, Lombardi F et al. Efficacy and safety of propafenone sustained release in the prophylaxis of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation (The European Rhythm/Rhythmnorm Atrial Fibrillation Trial [ERAFIT] Study). *Am J Cardiol* 2002; 90 (12): 1300–6.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Сыров Андрей Валентинович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отделением ГБУЗ КДЦ №6, ассистент каф. общей врачебной практики ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: syrman2002_1@yahoo.com
Стуров Николай Владимирович – канд. мед. наук, доц., зав. каф. общей врачебной практики ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: sturov_nv@rudn.university