

Особливості антиаритмічної терапії при фібриляції передсердь в амбулаторних умовах

Важливим клінічним аспектом при лікуванні фібриляції передсердь (ФП) є ефективна медикаментозна кардіоверсія у разі пароксизму з подальшим довготривалим утриманням синусового ритму. В контексті цієї проблеми власним досвідом щодо питань ефективності та безпеки застосування антиаритмічних препаратів (ААП) в амбулаторних умовах при ФП у межах X ювілейної науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України (1-3 липня 2020 року) поділилися к. мед. н. Олена Миколаївна Романова та к. мед. н. Ольга Володимирівна Срібна, відділ аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ). Дані доповнені змінами, отриманими після виходу рекомендацій із ведення хворих на ФП Європейського товариства кардіологів (ESC) 2020 р.

Кожен лікар має чітко розуміти, за яких умов можна призначити ААП при ФП амбулаторно. На цьому етапі надання медичної допомоги хворі не повинні потребувати ургентної допомоги, тобто в них обов'язково спостерігається стабільна гемодинаміка. Також у пацієнтів мають бути уточнені діагноз основного захворювання та верифікована аритмія. Крім того, клініцист повинен враховувати наявність супутньої патології для оцінки ризику розвитку можливих побічних ефектів при застосуванні ААП.

Як відомо, найпоширенішими етіологічними факторами ФП є артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), поєднання цих захворювань тощо (Срібна, 2007). На початковому етапі діагностичного пошуку причин ФП насамперед слід зафіксувати це порушення ритму на електрокардіограмі (ЕКГ). Надалі необхідне кардіо-васкулярне обстеження, що включає аналіз анамнезу хвороби, ретельну клінічну оцінку та визначення коморбідних захворювань. Обов'язкове виконання трансторакальної ехокардіографії (ЕхоКГ) усім хворим на ФП (рівень доказовості I, С).

Позаплановий скринінг для виявлення ФП рекомендований для пацієнтів >65 років шляхом визначення основних характеристик пульсу чи реєстрації ЕКГ. У рекомендаціях ESC (2020) запропоновано використовувати будь-які доступні методи: смартфони, прилади для вимірювання артеріального тиску та інші гаджети. При цьому систематичний ЕКГ-скринінг допоможе задокументувати епізоди ФП у хворих >75 років та тих, що мають підвищений ризик розвитку інсульту (рівень доказовості IIb, B). В осіб із транзиторною ішемічною атакою або ішемічним інсультом скринінг ФП рекомендований шляхом аналізу холтеровського моніторингу ЕКГ тривалістю щонайменше 72 год (рівень доказовості I, B).

З метою оцінки виразності та переносимості клінічних симптомів, пов'язаних із ФП, на сьогодні застосовують модифіковану шкалу EHRA. Особливу увагу слід звернути на осіб із першим та другим класом симптомів, що можуть бути легкими (IIa – нормальна щоденна активність не порушена) або помірними (IIb – нормальна щоденна активність не порушена, але пацієнт занепокоєний симптомами). Ці хворі не звертаються по медичну допомогу та, як наслідок, приходять на прийом до лікаря на стадії ускладнення аритмії, як-то інсульт чи серцева недостатність.

Дуже часто ФП є наслідком ускладненого перебігу АГ та ІХС. Тому основною метою при веденні пацієнтів із ФП є попередження її пускових механізмів та вплив на фактори серцево-судинного ризику. При цьому оцінку кардіоемболічного ризику за шкалою CHA₂DS₂VASc проводять одразу після виявлення ФП та незалежно від її форми. Кількість балів за шкалою CHA₂DS₂VASc >2 у чоловіків та >3 у жінок асоційована з високим ризиком розвитку інсульту, що потребує призначення антикоагулянтів.

Рекомендації ESC із лікування ФП у разі довгострокового контролю синусового ритму передбачають таку опцію, як вибір пацієнта щодо застосування консервативного чи інтервенційного методу терапії.

Альтернативою є катетерна абляція (рівень доказовості IIa).

Провідне місце у довготривалому контролі синусового ритму належить ААП різних класів. Основним завданням антиаритмічної терапії при ФП є зменшення виразності її симптомів. Доцільність застосування тих чи інших ААП залежить від наявності або відсутності структурної хвороби серця, що можна оцінити амбулаторно за допомогою ЕхоКГ.

Згідно з настановою ESC (2020), у пацієнтів з/без мінімальних структурних змін серця в межах протирецидивної антиаритмічної терапії рекомендовані препарати класу ІС, зокрема пропранорм (рівень доказовості I, A).

Стосовно медикаментозної кардіоверсії, у хворих із рідкісними симптомними пароксизмами ФП можна застосовувати стратегію «таблетка в кишені» – приймання навантажувальної дози пропранорму або флекаїніду в амбулаторних умовах.

До основних переваг застосування стратегії «таблетка в кишені» відносять:

- високу ефективність у пацієнтів із рідкісними епізодами ФП;
- швидке відновлення синусового ритму після використання пропранорму, відсутність значних побічних ефектів;
- відсутність потреби в госпіталізації, що дозволяє суттєво покращити якість життя хворого;
- можливість для пацієнта самостійно відновлювати синусовий ритм в амбулаторних умовах, що зменшує фінансові витрати на медичне обслуговування.

Слід зазначити, що вперше застосовувати стратегію «таблетка в кишені» необхідно в умовах стаціонара, щоб перевірити її ефективність і безпеку, провести скринінг показань та протипоказань для використання надалі. Серед абсолютних протипоказань до застосування цієї лікувальної тактики виділяють такі, як дисфункція синусового чи атріовентрикулярного вузлів, блокада ніжок пучка Гіса, подовження інтервалу QT, синдром Бругада, гострий коронарний синдром, декомпенсована хронічна СН. До відносних протипоказань належать бронхіальна астма та обструктивний бронхіт.

Насправді описано досить багато схем використання стратегії «таблетка в кишені» шляхом перорального приймання пропранорму. За даними різних багатоцентрових клінічних досліджень, при пероральному застосуванні 600 мг пропранорму частота відновлення синусового ритму коливається від 72 до 84% (Vogiani et al., 1997; Carucci et al., 1999; Фоміна та співавт., 2004).

Окрім того, доповідачі представили результати власного клінічного дослідження, в якому на базі Інституту кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска оцінювали ефективність та безпеку препарату пропранорм (Пропранорм) в осіб із ФП. Для медикаментозної кардіоверсії Пропранорм застосовували за такою схемою: приймання навантажувальної дози 300 мг, далі – по 150 мг з інтервалом в одну годину. В результаті через 24 год було досягнуто відновлення синусового ритму в 86% пацієнтів. При цьому в 54% хворих конверсія синусового ритму відбулася протягом першої години, тобто вже після застосування Пропранорму в дозі 300 мг.

Проаналізувавши пацієнтів, в яких не відбулося відновлення синусового ритму, дослідники дійшли висновку, що до цієї групи увійшли хворі, старші за віком, із тривалішим анамнезом ФП та довшим її пароксизмом, а також із більшими розмірами лівого передсердя та нижчими показниками фракції викиду лівого шлуночка порівняно з тими, в кого синусовий ритм відновився.

Варто зазначити, що навантажувальну дозу пропранорму (Пропранорму) хворі переносили добре. Неприятливі явища виникали у 4% пацієнтів, але були незначними і не потребували відміни препарату. Найчастішою побічною дією було зниження АТ <100/70 мм рт. ст. (9% випадків), оскільки пропранорм (Пропранорм) має β-блокувальні властивості. Саме тому автори запропонували власну схему приймання пропранорму за стратегією «таблетка в кишені», щоб запобігти розвитку гіпотонії. Крім того, відзначалося виникнення атріовентрикулярних блокад І-ІІ ст. (1,5%), порушення внутрішньошлуночкової провідності (1,7%) та диспепсичні явища (1%). Загалом побічні ефекти, що мали місце у зазначеному дослідженні, фактично

не відрізнялися від наведених у світовій літературі при застосуванні пропранорму (Carucci et al., 1997; Sate et al., 1999).

Ще одним важливим питанням є місце пропранорму як ААП у пацієнтів із персистувальною формою ФП, яким планується проведення електричної кардіоверсії. Згідно з настановою ESC, попереднє лікування пропранормом, як і низкою інших ААП, може бути доцільним для підвищення ефективності електричної кардіоверсії та профілактики рецидивів ФП (рівень доказовості IIa, B). Також продовження антиаритмічної терапії рекомендоване після проведення катетерної абляції при ФП для утримання синусового ритму за високої імовірності рецидиву (рівень доказовості IIa, B).

У клінічній практиці найбільш поширеною загальноприйнятою добовою дозою пропранорму (Пропранорму) є 450-600 мг. Відповідно до рекомендацій ESC, можливе використання препарату в добовій дозі 900 мг. У разі застосування тактики «таблетка в кишені» на тлі протирецидивної антиаритмічної терапії добова доза пропранорму не має перевищувати максимальної добової дози, яка становить 900 мг.

Отже, лікування основного захворювання та застосування сучасних ААП є суттєвим кроком до відновлення та довготривалого утримання синусового ритму в пацієнтів із ФП.

Підготувала Людмила Онищук



ПРОПРАНОРМ®

пропранорм

Препарат вибору* у хворих з фібриляцією передсердь для^{1,2}:

- швидкого купірування пароксизму;
- використання в стратегії «пігулка в кишені»;
- підтримки синусового ритму

Включений в європейські та національні рекомендації^{1,2}

Пропранорм®
Лікарська форма: таблетки, вкриті оболонкою. Склад: діюча речовина: пропранорму гідрохлорид; 1 таблетка містить пропранорму гідрохлориду 150 мг або 300 мг. Фармакотерапевтична група: препарати для лікування захворювань серця. Антиаритмічні препарати Іс класу. Код АТХ С01 В С03. Показання: профілактика та лікування вентрикулярних аритмій, пароксизмальних суправентрикулярних тахіаритмій, включаючи пароксизмальну форму тріпотія/фібриляції передсердь та пароксизмальних кругових тахікардій із залученням АВ-вузла або додаткових провідних шляхів, при неефективності стандартної терапії або протипоказань для її проведення. Протипоказання: Гіперчутливість до пропранорму або до будь-якого іншого компонента препарату; виявлений синдром Бругада; виліток інфаркту міокарда за останні 3 місяці; значне органічне захворювання серця, таке як неконтрольована хронічна серцева недостатність (фракція викиду лівого шлуночка <35%), кардіогенний шок (якщо він не спричинений аритмією); тяжка симптоматична брадикардія; неконтрольовані електrolітні порушення (наприклад порушення метаболізму калію); тяжкі обструктивні захворювання легень; тяжка артеріальна гіпертензія; дисфункція синусового вузла, порушення передсердної провідності, АВ-блокада II ступеня або вище, блокада пучка Гіса або дистальна блокада при відсутності штучного водія ритму; одночасне застосування з ритонавіром; міастенія гравіс; тяжка печінкова недостатність. Категорія відпуску: за рецептом. Інформація наведена скорочено. Повна інформація про лікарський засіб знаходиться в інструкції для медичного застосування. Перед застосуванням лікарського засобу ознайомтеся, будь ласка з інструкцією. Наказ МОЗ України №817 від 27.04.2018. Р.П. №UA/5421/01/01, UA/5421/01/02

* у хворих без виражених структурних захворювань серця
1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al., ESC Scientific Document Group, 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2020 Aug 29; ehaa612.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (ефектоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь». Наказ МОЗ України № 597 від 15.06.2016.
Інформація про лікарський засіб для медичних і фармацевтичних працівників, для розповсюдження на сайтах: конференції, симпозіуми з медичної тематики.
За повною інформацією звертайтеся в Представництво ПРОМЕДІС Прага а.с. в Україні, вул. Межигірська, буд. 7/16, м. Київ, 04071, тел.: +38 044 364 57 59, office@promedics.ua, www.promedics.ua

PRO.MED.CS
Praha a.s.

WWW.PROMEDICS.COM