

A. Bajpai, I. Savelieva, A. John Camm

# Лечение фибрилляции предсердий

**Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение сердечного ритма.**

**В патогенезе ФП важную роль играют два широко распространенных заболевания – артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Наличие ФП ассоциируется с повышенным риском развития инсульта, сердечной недостаточности (СН) и смерти от этих состояний, особенно при наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы.**

По данным Фрамингемского и Роттердамского исследований, проведенных соответственно в США и Европе, риск развития ФП на протяжении жизни у мужчин и женщин в возрасте 40 лет и старше составляет около 25%. На протяжении следующих 50 лет количество пациентов с ФП, вероятно, увеличится в 2,5-3 раза вследствие роста числа пожилых людей, выживших после кардиоваскулярных событий, которые ранее были бы фатальными.

Классическими причинами развития ФП являются АГ, СН, инфаркт миокарда, митральный стеноз, тиреотоксикоз и злоупотребление алкоголем. Однако сегодня появляется все больше данных о важном значении других неизвестных ранее факторов, таких как ожирение, метаболический синдром, диастолическая дисфункция, апноэ во сне, психологический стресс и астеническое телосложение.

Среди пациентов с ФП – участников Фрамингемского исследования риск инсульта составлял от 1,5% у больных в возрасте 50-59 лет до 23,5% в возрастной группе 80-89 лет. ФП и связанная с ней заболеваемость представляют значительную социально-экономическую проблему для здравоохранения, приводя к ежегодным расходам в размере 0,9-2,4% бюджета Национальной службы здравоохранения (NHS) Великобритании. В Европе большую часть затрат, связанных с ФП, формируют стационарное лечение и интервенционные вмешательства.

## Классификация

Общепринятая классификация ФП основывается на временных параметрах возникновения ФП. Впервые диагностированная ФП представляет собой первое клиническое проявление, время начала которого может быть неизвестным. Пароксизмальная ФП – рецидивирующая форма, продолжающаяся, как правило, в течение минут или часов, реже – дней (не более 7), но в конечном итоге разрешающаяся самостоятельно. Персистирующая ФП продолжается >7 дней и самостоятельно не проходит; для восстановления синусового ритма требуется фармакологическая или электрическая кардиоверсия. ФП считается постоянной, если все попытки восстановить синусовый ритм были прекращены по решению врача или пациента, вследствие частых рецидивов или невозможности кардиоверсии.

## Лечение острого приступа ФП

Основными аспектами лечения ФП являются:

- ургентный контроль частоты сокращения желудочков (ЧСЖ) при пароксизмальной или персистирующей ФП;
- восстановление синусового ритма с помощью фармакологических или электрических методов;

- профилактика рецидива ФП после успешного восстановления синусового ритма;
- долгосрочный контроль ритма у пациентов с постоянной ФП;
- профилактика тромбоэмболических осложнений.

В критических ситуациях приоритетом является поддержание стабильности гемодинамических показателей, которая может быть достигнута путем ургентного восстановления синусового ритма либо с помощью контроля ЧСЖ (у пациентов с высокой частотой сердечных сокращений, ЧСС). Критерием адекватного контроля является целевая ЧСС <100 уд/мин.

Ургентная кардиоверсия постоянным током независимо от длительности ФП показана пациентам с нестабильной гемодинамикой или имеющим клинические признаки жизнеугрожающей ишемии миокарда или СН. При невозможности провести ургентную кардиоверсию постоянным током назначается амиодарон или дигоксин парентерально. Амиодарон обладает более высокой эффективностью, чем дигоксин, так как обеспечивает быстрый контроль ЧСС путем воздействия на АВ-узел, а затем – кардиоверсию в синусовый ритм. Внутривенное введение дигоксина, дилтиазема, верапамила и бета-блокаторов противопоказано в случаях, когда ФП возникает при дополнительных путях проведения (например, при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) – ФП с преждевременным возбуждением желудочков.

## Фармакологическая кардиоверсия

Примерно у 50% пациентов с впервые возникшей ФП происходит спонтанное восстановление синусового ритма в пределах 24-48 ч. ФП, ассоциированная с инфекцией органов грудной клетки и электролитными нарушениями, обычно разрешается при адекватном лечении основного заболевания, однако при персистировании может потребоваться кардиоверсия. Фармакологическая кардиоверсия может быть эффективной при условии недавнего начала ФП (<7 дней) и гемодинамической стабильности пациента. У стабильных больных для купирования острого приступа ФП, как правило, используются препараты класса IC, такие как флекаинид внутривенно или внутрь, пропafenон внутрь. У пожилых больных, учитывая высокую вероятность сопутствующих заболеваний (ИБС, дисфункция левого желудочка – ЛЖ), назначения препаратов класса IC, как правило, стараются избегать: вместо них рекомендуется амиодарон. Если аритмия персистирует >1 нед, препараты III класса могут быть более эффективны, чем препараты IC

\* В Украине зарегистрирован оригинальный препарат Кордарон® «Санофи-Авентис»

класса. В таблице приведена характеристика препаратов, обладающих доказанной эффективностью для кардиоверсии недавнего приступа ФП и поддержания синусового ритма.

Всем пациентам должна быть назначена антикоагулянтная терапия гепарином с последующим переходом на варфарин, если ФП продолжалась >48 ч; запланирована кардиоверсия (фармакологическая или электрическая); у пациента высокий риск тромбоэмболии. Необходимость в длительной пероральной антикоагулянтной терапии зависит от наличия факторов риска тромбоэмболии и не зависит от частоты и длительности пароксизмов.

## Фармакологическое поддержание синусового ритма

Большинство ААП, эффективных для острой фармакологической кардиоверсии, также можно использовать внутрь для длительного поддержания синусового ритма. Наиболее эффективным препаратом для поддержания синусового ритма после кардиоверсии является амиодарон. Тем не менее длительное лечение амиодароном ограничивается возможными побочными эффектами.

Препараты IC класса из-за отрицательного инотропного и проаритмического эффектов противопоказаны при наличии ИБС и/или дисфункции ЛЖ. У пациентов с СН, гипертрофией ЛЖ и/или нарушенной функцией почек следует избегать назначения соталолола (повышенный риск удлинения QT и аритмии).

Поскольку у пожилых пациентов часто ФП сопутствует ИБС и дисфункции миокарда, то препаратом выбора для поддержания синусового ритма является амиодарон. Несмотря на то что при применении амиодарона риск удлинения QT значительно ниже по сравнению с соталололом, при лечении этим препаратом также рекомендуется регулярный мониторинг интервала QT на ЭКГ в 12 отведениях.

Пациенты с редкими и короткими пароксизмами ФП не нуждаются в постоянной терапии или могут применять низкие дозы ААП. Эта группа больных лучше всего подходит для стратегии купирования аритмии путем приема однократной (или дополнительной) дозы ААП класса IC – флекаинида и пропafenона – во время развития пароксизма (подход «таблетка в кармане»). Однако этот подход обычно используют у пациентов без органической патологии сердца, блокады ножек пучка Гиса, при нормальных ЧСС и артериальном давлении в покое, способных понять, как и когда принимать препарат. После кардиоверсии препаратами класса IC может развиваться брадикардия, поэтому подход «таблетка в кармане» может быть опробован только в условиях клиники под тщательным наблюдением. Кроме того, препараты класса IC могут вызывать трепетание предсердий и облегчать проведение по AV-узлу во время пароксизма ФП; эти ААП рекомендуется назначать в комбинации с бета-блокаторами или блокаторами кальциевых каналов.

## Будущее

В настоящее время разрабатывается ряд новых ААП, которые, вероятно, будут более эффективными и менее токсичными по сравнению с имеющимися препаратами. ААП, оказывающие селективное действие на предсердия, а также влияющие на несколько типов ионных каналов, предположительно являются безопасными и лишены проаритмических эффектов. Производное амиодарона дронедарон\*\* не содержит йодный компонент, благодаря чему обладает лучшим профилем безопасности. В исследовании с участием >4 тыс. пациентов группы высокого риска с ФП этот препарат не только проявлял антиаритмический эффект, но и на 24% снижал риск госпитализации вследствие кардиоваскулярных причин и общую смертность (комбинированная конечная точка) по сравнению с плацебо.

\*\* С 2010 г. зарегистрирован в Украине под названием Мультак®

Список литературы находится в редакции.

Статья напечатана в сокращении.

British Medical Bulletin, 1-20, 2008 г.

Перевод с англ. Алексея Терещенко



Таблица. Препараты, используемые для кардиоверсии недавнего приступа ФП и для поддержания синусового ритма					
Препарат	Путь введения для острой конверсии	Поддержание ритма	Контроль ЧСС	Наличие противопоказаний при ГЛЖ или дисфункции ЛЖ	Проаритмический эффект
Препараты с доказанной эффективностью для острой конверсии					
Амиодарон	В/в или внутрь	Да	Да	Нет (препарат первого выбора)	–
Ибутилид	Внутрь	Да	Нет	Нет (препарат второго выбора)	Удлиняет QT/ TdP
Флекаинид	В/в или внутрь	Да	Нет	Да*	↑ длительность QRS/ ЖТ/ облегчает AV-проводимость
Пропafenон	В/в или внутрь	Да	Нет	Да	Низкий риск TdP/ полиорганная токсичность
Менее эффективные препараты или обладающие недостаточной доказательной базой для острой конверсии					
Дизопирамид	В/в или внутрь	Да	Нет	Да	↑ длительность QRS/ ЖТ
Прокаинамид	В/в	Нет	Нет	Да	↑ длительность QRS/ ЖТ
Соталолол	(Внутрь или в/в)**	Да	Да	Да	Удлиняет QT/ TdP

Примечания: в/в – внутривенно; TdP – torsades de pointes, тахикардия типа «пируэт»; ЖТ – желудочковая тахикардия (мономорфная); ГЛЖ – гипертрофия ЛЖ.  
\* Также противопоказан при ИБС.  
\*\* Не является препаратом первого выбора для острой конверсии.

