

Антиаритмическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий: расставляем акценты

Лечение пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) состоит из нескольких важных направлений, одним из которых является антиаритмическая терапия, целью которой является не только улучшение качества, но и прогноза пациента. Подробнее о роли антиаритмической терапии, а также о некоторых особенностях ее проведения у таких больных рассказал в беседе с нашим корреспондентом сопредседатель Ассоциации аритмологов Украины, модератор рабочей группы по нарушениям ритма сердца, руководитель отдела нарушений ритма сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев.



О.С. Сычев

? Какова распространенность ФП в Украине и совпадают ли данные официальной статистики с реальной картиной заболеваемости?

— Распространенность любого заболевания мы можем оценивать как по данным официальной статистики, так и по результатам популяционных исследований.

Что касается ФП, то данные, которые мы получаем из двух основных источников информации, значительно отличаются. Так, официальная цифра не превышает 1,6 на 1000 населения в общей популяции, что в несколько раз меньше данных мировой статистики. Это объясняется особенностями отчетности по статистическим талонам, которые заполняет каждый врач на амбулаторном приеме или при выписке пациентов. В эти талоны вносится название основного заболевания, таким образом, учитывается только идиопатическая ФП, тогда как частота встречающегося ФП, как симптома, сопутствующего основному заболеванию — артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и т.д., не отражается в отчетах.

Более приближенными к европейской и американской статистике выглядят данные, полученные в ходе эпидемиологического исследования, проведенного сотрудниками ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, согласно которым распространенность ФП в городской популяции населения (г. Киев, Соломенский район) составляет 2,4% среди лиц в возрасте 24-60 лет — этот диапазон считается общепринятым в мире для оценки состояния здоровья трудоспособного населения. В общей популяции этот показатель, вероятно, будет выше, учитывая украинскую статистику в области распространенности АГ, ИБС и органической патологии сердца, на фоне которых в большинстве случаев развивается ФП у лиц старших возрастных групп. Поскольку частота встречаемости перечисленных заболеваний увеличивается с возрастом, то заболеваемость ФП является возраст-зависимым показателем. По данным украинских исследований, до 67% пациентов с ФП имеют АГ, и более половины — ИБС. Таким образом, ФП является гораздо более актуальной проблемой в Украине, чем это может показаться, исходя из данных официальной статистики.

? У каких пациентов чаще всего возникает ФП, которая требует восстановления ритма?

— Вопрос о том, в каких конкретно случаях требуется восстановление ритма, сегодня до конца не решен, и в новой версии европейских рекомендаций отсутствуют четкие критерии для

восстановления и удержания ритма у пациентов с ФП. В настоящее время решение этого вопроса во многом зависит от позиции и опыта клинического центра и врача, кроме того, учитывается желание пациента и тяжесть симптомов ФП. Тем не менее накопленный клинический опыт позволяет обозначить некоторые критерии, на которые можно ориентироваться: возраст, давность ФП, размеры левого предсердия (ЛП), наличие сопутствующей патологии. Что касается возраста, то мы стараемся осуществлять восстановление ритма у пациентов до 70 лет. Давность ФП — сегодня условный критерий: если ранее считалось нецелесообразным восстанавливать ритм у пациентов с ФП с длительностью течения более одного года, то с внедрением в клиническую практику радиочастотной абляции восстановление ритма у таких больных стало возможным. Кроме того, исключение составляют больные молодого возраста, которые своевременно не обратились по поводу симптомов ФП. Ожидается, что у пациентов с размером ЛП <5 см вероятность восстановления и удержания синусового ритма выше по сравнению с пациентами, у которых размер ЛП превышает 5 см. И наконец, у пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, например с застойной сердечной недостаточностью, восстановление и удержание синусового ритма будет более трудной задачей.

Результаты первой части международного регистра GARFIELD показали, что у пациентов с ФП, у которых синусовый ритм был восстановлен и удержан в течение года, уровень общей смертности был ниже по сравнению с пациентами с ФП, у которых ритм

восстановлен не был. Это свидетельствует в пользу стратегии восстановления ритма у пациентов с ФП при условии их тщательного отбора с использованием вышеуказанных критериев и других данных, которые, по мнению врача, будут указывать на целесообразность использования этого подхода.

? Можно ли восстанавливать синусовый ритм амбулаторно, без наблюдения врача?

— Характер рекомендаций по амбулаторному восстановлению ритма отличается в зависимости от разных факторов, например от того, какое лечение получает пациент. Так, если пациент находится на терапии амиодароном, ритм может быть восстановлен увеличением дозы этого препарата. Такой подход особенно эффективен в первые часы после возникновения пароксизма.

Амбулаторное восстановление ритма возможно также с применением антиаритмического препарата (ААП) I класса пропafenона в соответствии со стратегией «таблетка в кармане».

Рекомендации по восстановлению ритма в амбулаторных условиях можно давать только пациентам без выраженной органической патологии сердца, инфаркта миокарда в анамнезе, без застойной сердечной недостаточности, выраженной гипертрофии левого желудочка сердца и с фракцией выброса >40%.

Однако это возможно при выполнении нескольких условий. Во-первых, эта методика может быть рекомендована только в случае успешной предварительной апробации в условиях стационара под наблюдением врача, поскольку пропafenон как препарат I класса у части пациентов может вызвать

трансформацию ФП в трепетание предсердий с высокой частотой сердечных сокращений (ЧСС) и изменением соотношения предсердно-желудочкового проведения. При коэффициенте предсердно-желудочкового проведения 1:1 происходит резкое увеличение ЧСС и развитие желудочковой тахикардии.

Второе условие, при котором возможно амбулаторное назначение пропafenона, — это частота пароксизмов ФП не чаще чем 1 раз в месяц.

? Как долго следует принимать ААП пациентам с персистирующей формой ФП?

— Если пароксизмы ФП спровоцированы особенными внешними факторами, то даже после первого эпизода мы назначаем ААП на срок не менее 1 мес с целью предотвращения электрофизиологического ремоделирования предсердий. Главным показателем эффективности антиаритмической терапии является успешное восстановление и удержание ритма при приеме ААП в целевых дозировках.

Что касается пациентов с длительным течением ФП и восстановленным ритмом, то все зависит от частоты возникновения пароксизмов, хотя четких рекомендаций на сегодня не существует. В целом считается, что при частоте эпизодов ФП более 1 раза в 3 мес требуется назначение постоянной терапии ААП.

? Наиболее известным и широко применяемым в клинической практике ААП является амиодарон. Какое место этот препарат занимает в современных рекомендациях и каковы его преимущества перед ААП I класса и сotalолом?

— Амиодарон — один из наиболее эффективных ААП с широким спектром действия, что находит отражение в современных рекомендациях по лечению нарушений ритма сердца. В рекомендациях 2012 г. амиодарон — препарат резерва у пациентов с ФП без органической патологии сердца, с ИБС, АГ и препарат первого выбора (как наиболее безопасный) при наличии сердечной недостаточности, в том числе застойной (рис. 1).

Амиодарон относится к ААП III класса, но обладает электрофизиологическими свойствами препаратов всех четырех основных классов ААП. В отличие от других ААП амиодарон оказывает минимальное воздействие на миокард и его применение сопряжено с гораздо меньшим риском развития жизнеугрожающих аритмогенных эффектов по сравнению с ААП I класса. Кроме того, амиодарон обладает свойствами β-адреноблокаторов, которые нивелируют эффект удлинения интервала QT, свидетельствующего об

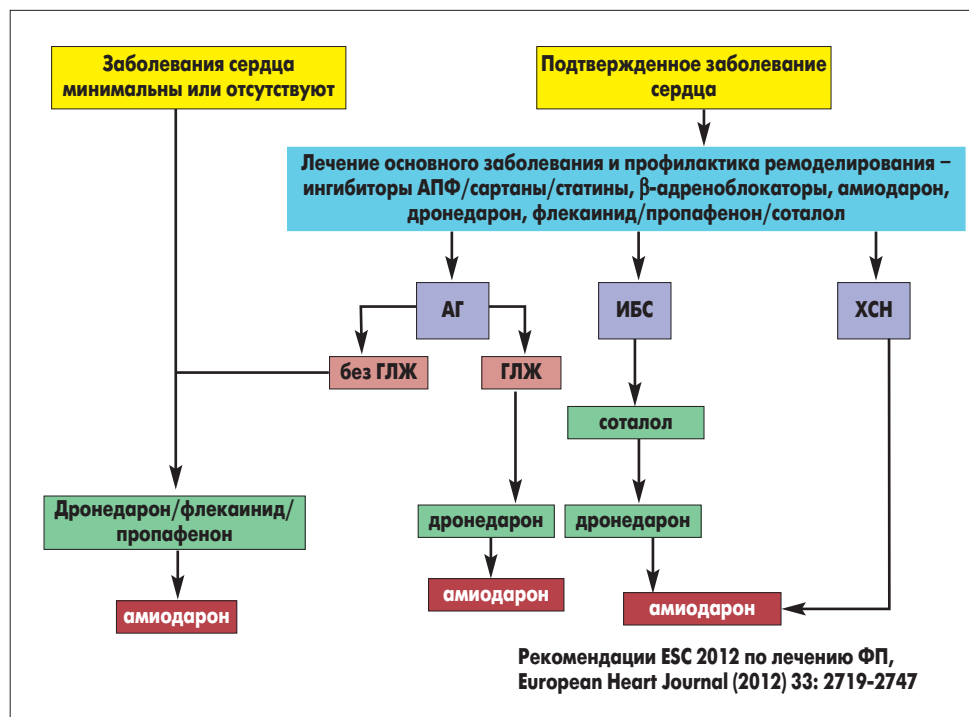


Рис. 1. Выбор ААП для удержания синусового ритма (ESC, 2012)

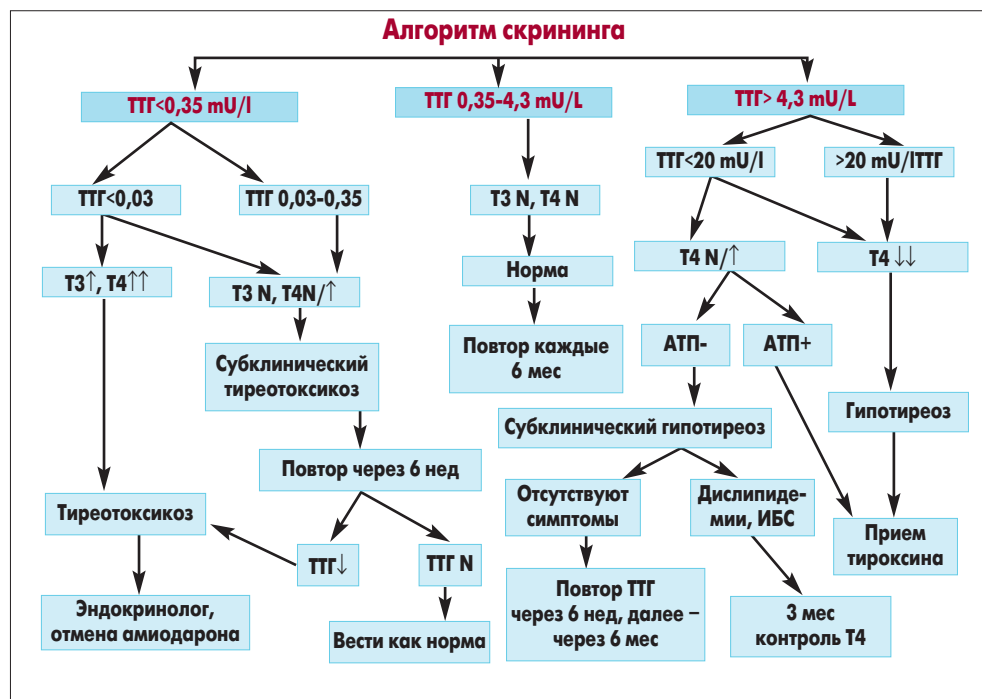


Рис. 2. Скрининг гормонов щитовидной железы у больных, принимающих амиодарон (Американская тироидологическая ассоциация, 2009)

электрической нестабильности миокарда, за счет уменьшения частоты сердечных сокращений.

Амиодарон используется как для восстановления, так и для удержания синусового ритма после проведения медикаментозной и электрической кардиоверсии. Эффективность амиодарона в удержании синусового ритма у пациентов с ФП сравнивали с таковой других ААП в нескольких исследованиях. Во всех исследованиях амиодарон (Кордарон) превосходил по эффективности ААП IA и IC классов. Так, в канадском исследовании СТАФ у больных с пароксизмальной или персистирующей формами ФП амиодарон

в поддерживающей дозе 200 мг/сут обеспечил сохранение синусового ритма в 65% случаев, тогда как на фоне терапии пропafenоном или соталолом только у 37% больных не были отмечены рецидивы на протяжении периода наблюдения, который составил в среднем 16 мес. В проспективном плацебо-контролируемом исследовании SAFE-T пациенты с ФП в течение 12-54 мес получали амиодарон (поддерживающая доза 200 мг/сут), либо соталол, либо плацебо. После года наблюдения рецидивы ФП отмечены у 82% больных, получавших плацебо, 60% пациентов, получавших соталол, и только у 35% больных, получавших амиодарон.

С участием нашей клиники было проведено многоцентровое украинское исследование, в котором изучали эффекты Кордарона в лечении пациентов с ФП и сердечной недостаточностью при его назначении для восстановления и последующего сохранения синусового ритма. На фоне лечения Кордароном синусовый ритм удалось сохранить примерно 75% пациентов. Не менее важными являются результаты, полученные через 1,5 года после окончания исследования при проведении ретроспективного анализа выполнения пациентами врачебных рекомендаций. Оказалось, что у пациентов, продолжавших принимать Кордарон после выписки из стационара в соответствии с рекомендациями врача (56% больных), гораздо реже наблюдались рецидивы пароксизмов ФП и ни в одном случае не развилась постоянная форма ФП.

У пациентов, принимавших ААП, которые не соответствовали врачебным рекомендациям или отказались от дальнейшего приема любых ААП, постоянная форма ФП развивалась гораздо чаще, причем у больных, не получавших никакого лечения, — более чем в 50% случаев. Таким образом, эффективность амиодарона в восстановлении и сохранении синусового ритма у пациентов с ФП доказана в рандомизированных исследованиях и подтверждена в реальной клинической практике.

? Какие подходы разработаны сегодня к назначению амиодарона пациентам с патологией щитовидной железы?

— В настоящее время разработаны четкая схема исходного обследования пациентов с ФП и алгоритм действий

в отношении больных, у которых на фоне лечения амиодароном развился тиреотоксикоз или гипотиреоз. Этот алгоритм включает контроль ряда показателей, помогающих оценить функцию щитовидной железы: уровень тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антител к тиреопероксидазе (АТП) (рис. 2). При использовании этого алгоритма врач сможет обеспечить не только эффективность, но и безопасность терапии амиодароном у таких пациентов. Развитие гипотиреоза не является показанием к отмене антиаритмической терапии — в этой ситуации заместительную терапию тироксином можно проводить на фоне приема амиодарона. Что касается пациентов с развившимся тиреотоксикозом, то решение об отмене или продолжении терапии амиодароном должно быть принято врачом, исходя из конкретной ситуации с учетом того, с какой целью этот препарат был назначен. Продолжение лечения амиодароном возможно, например, если оно проводится с целью первичной или вторичной профилактики фатальных желудочковых аритмий или любых других аритмий с тяжелой клинической симптоматикой, которые не удается устранить другими ААП.

В заключение следует отметить, что амиодарон применяется в клинической практике более 45 лет, являясь сегодня золотым стандартом антиаритмической терапии. Эффекты амиодарона хорошо изучены у разных категорий пациентов, и в настоящее время альтернативы этому препарату в некоторых клинических ситуациях не существует.

Подготовила Наталья Очеретяная



Анкета читателя

Здоров'я України

Заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
03035, г. Киев, ул. Механізаторов, 2.

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район

область

улица

дом

корпус

квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія»?

Кардіохірургія?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись