Выбор антиаритмической терапии при фибрилляции предсердий: европейские рекомендации и отечественный опыт

Фибрилляция предсердий (ФП) является самым распространенным нарушением ритма сердца в популяции и вносит существенный вклад в повышение общего сердечно-сосудистого риска и статистику кардиоэмболических мозговых инсультов. Лечение пациентов с ФП, которые обычно отягощены массой коморбидных заболеваний, остается одной из важнейших проблем клинической кардиологии как за рубежом, так и в Украине. Приказом МЗ Украины № 597 от 15 июня 2016 г. были утверждены Национальные рекомендации по ведению пациентов с ФП, а в августе 2016 г. увидели свет новые рекомендации Европейского общества кардиологов по этой же проблеме. 4 ноября 2016 г. состоялся Национальный совет экспертов, завершившийся принятием резолюции, в которой были учтены особенности выбора антиаритмических препаратов (ААП) в нашей стране.

Сопредседатель Ассоциации аритмологов Украины, руководитель отдела нарушений ритма сердца и проводимости ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев в начале доклада осветил некоторые аспекты новых европейских рекомендаций по лечению ФП, отметив несколько противоречивых моментов.

В частности, это относится к оценке частоты сердечных сокращений (ЧСС) и к алгоритму выбора препаратов для контроля частоты сокращений желудочков (ЧСЖ). В настоящее время Ассоциацией аритмологов Украины продолжается работа по адаптации европейских рекомендаций с учетом мнений украинских экспертов и результатов последних исследований в данной области. Докладчик отметил, что украинские эксперты полностью поддерживают выбор электрической кардиоверсии как самый безопасный способ прерывания пароксизма ФП с эффективностью до 97%.

Что касается выбора ААП для фармакологической кардиоверсии и удержания синусового ритма, то он в нашей стране имеет особенности, которые были отражены в резолюции Национального совета экспертов от 4 ноября 2016 г. У пациентов с острым коронарным синдромом и сердечной недостаточностью (СН) для контроля ритма после купирования ФП безальтернативным ААП остается амиодарон. Вместе с тем пациентам без выраженной структурной патологии сердца (гипертрофии левого желудочка – ЛЖ, перенесенного инфаркта миокарда, СН) амиодарон можно назначать только при неэффективности других ААП. Независимо от наличия и выраженности структурных заболеваний сердца альтернативой антиаритмической терапии является катетерная абляция по желанию пациента.

Профессор О.С. Сычев отметил, что из перечня ААП для контроля ритма, приведенного в новых европейских рекомендациях, в Украине пока нет ни одного антиаритмика, который не замедлял бы ЧСС. Амиодарон, дронедарон, пропафенон и соталол, в меньшей степени флекаинид замедляют ЧСС. Вместе с тем есть пациенты, у которых пароксизмы ФП возникают ночью, в состоянии покоя, во время еды, в состоянии с нормальной или низкой ЧСС. Для поддержания синусового ритма в таких случаях альтернативой является доступный в Украине и хорошо проверенный практикой ААП IC класса этацизин. Этацизин не замедляет ЧСС, в отличии от других ААП. Поэтому на совете экспертов было принято решение оставить этацизин в национальных рекомендациях для лечения пациентов с вагусной формой ФП и без выраженной органической патологии сердца (класс рекомендаций I, уровень доказательств С — мнение экспертов).

! В проект резолюции Совета экспертов по итогам общего заседания рабочей группы по нарушениям ритма сердца Ассоциации кардиологов Украины и Президиума Ассоциации аритмологов Украины (3-4 ноября 2016 г.) внесены следующие положения:

- **Этацизин является препаратом выбора для пациентов с брадиформами аритмий.**
- **Этацизин может использоваться у пациентов без выраженного органического поражения сердца, а также при нарушениях ритма функционального характера.**
- **Этацизин эффективен для сохранения синусового ритма у больных с вагусной формой ФП.**

При соблюдении вышеупомянутых критериев отбора пациентов этацизин демонстрирует высокую клиническую эффективность. Профессор О.С. Сычев представил данные, полученные в отделе нарушений ритма сердца и проводимости ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, согласно которым на фоне постоянного приема этацизина в дозе 50 мг (1 таблетка) 3 р/сут в течение 6 мес частота рецидивов ФП снизилась втрое. Длительность пароксизмов уменьшилась на 58% уже через 1 мес терапии этацизином, и этот эффект сохранялся через 6 мес от начала наблюдения. Кроме того, статистически значимо уменьшилось количество суправентрикулярных (на 97,4%) и желудочковых экстрасистол (на 88,2%). Следует отметить, что протокол исследования предусматривал прием этацизина на протяжении 6 мес. Однако после завершения исследования мы рекомендовали пациентам продолжить лечение этим препаратом, учитывая его высокую эффективность. В нашей клинической практике есть пациенты, которые принимают этацизин продолжительное время (несколько лет) без потери антиаритмической эффективности. Таким образом, этацизин можно рекомендовать принимать длительно в соответствии с клинической ситуацией и необходимостью.

При неэффективности ААП для контроля ритма настоятельно рекомендуется катетерная абляция с изоляцией эктопических очагов ФП в легочных венах (класс рекомендаций I, уровень доказательств А).

Старший научный сотрудник отдела нарушений ритма сердца и проводимости ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, кандидат медицинских наук Елена Николаевна Романова представила клинический случай назначения антиаритмической терапии препаратом этацизин пациенту с вагусной формой ФП.

Пациент Б., 43 года. Обратился на поликлинический прием с жалобами на перебои в работе сердца, преимущественно после еды, в горизонтальном положении, ночью. Отмечал периоды повышения артериального давления (АД), но цифры не запоминал и не лечился.

При осмотре АД — 168/100 мм рт. ст., ЧСС — 62 уд/мин. Рост — 174 см, вес — 93 кг, индекс массы тела — 30,7 кг/м². Курит в течение 20 лет до 1 пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет умеренно. При сборе анамнеза выяснилось, что родители страдают артериальной гипертензией (АГ), мать перенесла инсульт в возрасте до 60 лет.

При суточном мониторировании электрокардиограммы (ЭКГ)

Таблица. **Клинические характеристики ФП в зависимости от доминирующего влияния отделов вегетативной нервной системы**

Вагусная	Адренергическая
Чаще у мужчин (до 80%) Дебют в возрасте 40-50 лет Часто отсутствует видимая патология сердца Аритмия носит пароксизмальный характер Начало ночью, в покое, после еды, приема алкоголя Аритмии предшествует брадикардия ФП часто сочетается с трепетанием предсердий	Встречается реже, чем вагусная Пароксизмы преимущественно днем, после физических нагрузок и психоэмоциональных стрессов Может сочетаться с тиреотоксикозом или кардиомиопатиями Аритмии предшествует тахикардия >90 уд/мин

зарегистрированы короткие пароксизмы ФП в 12:00 дня, что соответствовало времени после приема пищи, и в 3:30 ночи.

Результаты эхокардиографии: фракция выброса (ФВ) ЛЖ — 56%, левое предсердие — 3,9 см, толщина межжелудочковой перегородки — 11 мм, задней стенки ЛЖ — 10,5 мм, конечно-дистолический объем — 116 мл, конечно-систолический объем — 48 мл.

Таким образом, за исключением незначительной гипертрофии ЛЖ и увеличения левого предсердия, признаки выраженного органического поражения сердца отсутствуют. У пациента ФВ ЛЖ >45%, нет Q-инфаркта в анамнезе, гипертрофической или дилатационной кардиомиопатии, застойной или прогрессирующей СН, врожденных и ревматических пороков сердца, выраженной гипертрофии ЛЖ с толщиной одной из стенок >14 мм. АГ и хронические формы ишемической болезни сердца не являются противопоказанием к назначению ААП I класса, если не приводят к выраженной органической патологии. Жалобы пациента и результаты холтеровского мониторирования ЭКГ соответствует классическим критериям вагус-опосредованной ФП (табл.).

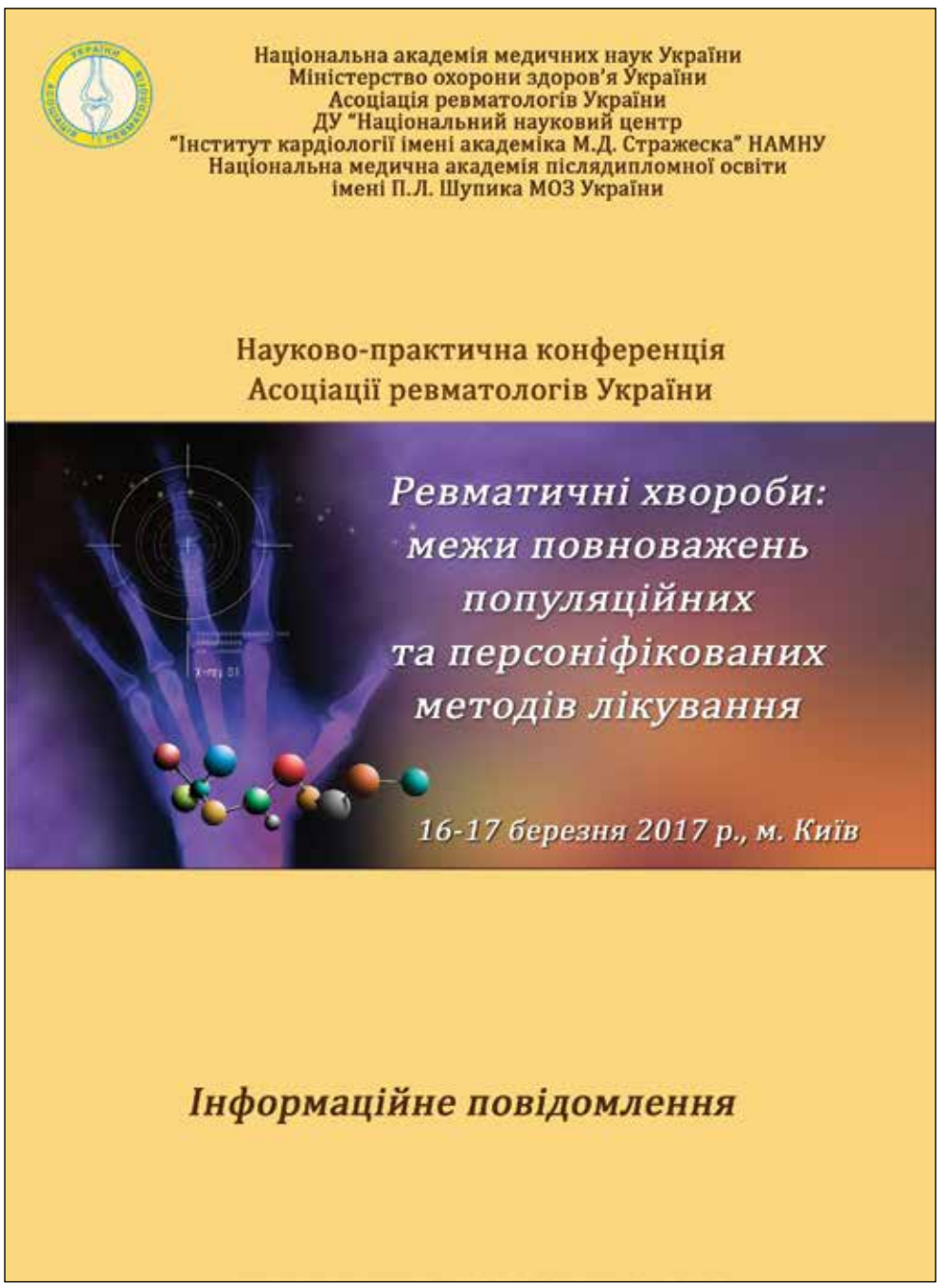
Рис. Выбор ААП в зависимости от формы ФП у пациентов без выраженной структурной патологии сердца

Если обратиться к алгоритму выбора ААП в зависимости от формы ФП, представленному в предыдущих (2010) европейских рекомендациях (рис.), то препаратом выбора при вагус-опосредованной ФП является дизопирамид. Однако этот ААП в Украине не зарегистрирован, поэтому для начала долгосрочного контроля ритма у данного пациента препаратом выбора является этацизин, который также не влияет на ЧСС.

Далее Е.Н. Романова напомнила алгоритм назначения препарата этацизин. Если пациент начинает лечение этацизином впервые, необходимо выполнить ЭКГ и при отсутствии противопоказаний назначить 1 таблетку (50 мг) под контролем врача. Через 1-2 ч следует повторно выполнить ЭКГ-исследование для исключения проаритмогенного эффекта. Затем назначается поддерживающая доза 50 мг 3 р/сут. Через три дня необходима повторная консультация с контролем ЭКГ. При достижении антиаритмического эффекта проводится поддерживающая терапия в индивидуально подобранных дозах (1/2-1 таблетка 2-4 р/сут).

Учитывая результаты повторных офисных измерений и суточного мониторирования АД (среднее АД за сутки — 157/104 мм рт. ст.), пациенту также показана антигипертензивная терапия.

На основании результатов обследования поставлен клинический диагноз: гипертоническая болезнь 2 степени, риск умеренный, персистирующая форма ФП, вагусный тип, риск по шкале CHADS-VASc – 1 балл, риск кровотечений по шкале HAS-BLED – 2 балла, СН 0 стадии.

Пациенту назначено антигипертензивное лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента и антиаритмическая терапия препаратом этацизин по 50 мг 3 р/сут. Критериям назначения пероральной антикоагулянтной терапии для профилактики инсульта при ФП на момент первичного обследования пациент не соответствовал. Контрольный осмотр через 1 мес подтвердил высокую эффективность терапии как в отношении пароксизмов ФП, так и по достижению целевых значений АД.

Подготовил ***Дмитрий Молчанов***