

VIII Научно-практическая конференция Ассоциации аритмологов Украины: в поиске терапевтических резервов

17-18 мая в г. Киеве состоялась VIII Научно-практическая конференция Ассоциации аритмологов Украины. Научные заседания проходили в эти дни в нескольких залах отеля «Русь» – и каждый из них был полон. В рамках конференции состоялось уже традиционное совместное заседание Ассоциации аритмологов Украины и Европейской ассоциации ритма сердца (EHRA), в ходе которого выступили специалисты из Бельгии (профессор Том де Поттер), Словакии (профессор Роберт Хатала) и Польши (профессор Микаэль Худзик). Вопросы антиаритмической, антитромботической, up-stream терапии у пациентов с нарушениями ритма сердца; ургентная помощь и долгосрочное лечение аритмий; ведение больных с имплантированными автоматическими устройствами – кажется, не осталось ни одной проблемы, которая не была бы затронута в ходе лекций и дискуссий. Основой всех обсуждений были современные рекомендации по диагностике и лечению аритмий. Европейские и американские экспертные рекомендации, основанные на непредвзятом анализе доказательной базы, безусловно, являются надежными ориентирами для эффективной диагностики и терапии, в том числе в аритмологии. Так, в 2016 г. увидели свет обновленные рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Однако не все положения европейских рекомендаций можно напрямую перенести в отечественную клиническую практику, поэтому работа по их адаптации ведется по сей день. Одна из задач конференции состояла в том, чтобы в ходе дискуссий экспертов с врачами выработать оптимальные решения для терапии нарушений ритма сердца с учетом доказательно обоснованных рекомендаций и реалий повседневной практики.



Сопредседатель Ассоциации аритмологов Украины, руководитель отдела нарушений ритма сердца ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев

открыл работу конференции лекцией «Фибрилляция предсердий: резервы терапии». Лечение пациентов с ФП, которые, как правило, пожилого возраста, имеют фоновую сердечно-сосудистую патологию и груз сопутствующих заболеваний, остается одной из важнейших проблем клинической кардиологии как за рубежом, так и в Украине. В лекции были рассмотрены все современные возможности терапии ФП, начиная от антиаритмических препаратов (ААП) для восстановления и удержания синусового ритма и заканчивая использованием полезных свойств полиненасыщенных жирных кислот.

В частности, профессор О.С. Сычев прокомментировал современные возможности терапии вагусной формы ФП с учетом особенностей украинского рынка ААП и предыдущего отечественного опыта. При анализе европейских рекомендаций обращает на себя внимание тот факт, что практически все рекомендованные ААП (амиодарон, дронадарон, пропафенон, соталол) в той или иной степени замедляют проведение в атриовентрикулярном узле и снижают частоту сердечных сокращений (ЧСС). Вместе с тем есть пациенты, у которых пароксизмы ФП



возникают ночью, в состоянии покоя, во время еды, при нормальной или низкой ЧСС. В предыдущей версии европейских рекомендаций (2010) присутствовала классификация ФП по вегетативному статусу, в соответствии с которой выделяют адренергически опосредованную ФП (20% пациентов), вагус-опосредованную ФП (24%) и смешанную ФП (56%). Выделение вегетативного статуса, предложенное P. Coumel и соавт., несомненно, улучшило как понимание факторов, способствующих развитию аритмии, так и терапевтическую тактику при пароксизмах.

При адренергически опосредованной ФП пароксизмы начинаются преимущественно днем, после физических нагрузок и психоэмоциональных стрессов, аритмии обычно предшествует тахикардия >90 уд/мин. Аритмия может сочетаться с тиреотоксикозом или кардиомиопатиями. Если приступы аритмии связаны с повышением активности симпатической системы, β-адреноблокаторы являются препаратами

выбора первой линии, а при их неэффективности применяются пропафенон, обладающий относительно выраженными β-блокирующими свойствами, и соталол.

Вагус-опосредованная ФП чаще развивается у мужчин (80%) с дебютом в возрасте 40-50 лет. Аритмия обычно носит пароксизмальный характер, приступ начинается ночью, в покое, после еды, после приема алкоголя, ему предшествует брадикардия. В качестве препарата выбора при вагус-опосредованной ФП европейские эксперты рекомендуют дизопирамид. Однако этот ААП в Украине не зарегистрирован, поэтому оптимальным вариантом для начала долгосрочного контроля ритма является ААП IC класса этацизин, хорошо знакомый кардиологам в нашей стране.

Учитывая многолетний положительный опыт применения, украинские эксперты решили оставить этацизин в национальных рекомендациях по ФП с формулировкой «для лечения пациентов с вагусной формой ФП и без выраженной органической патологии

сердца» (рекомендация класса I, уровень доказательств C). Этацизин также эффективен для лечения желудочковых аритмий у пациентов без структурного поражения сердца.

Резолюция совета экспертов от 26.10.2017 г. содержит следующие положения:

1. Этацизин – безопасный и эффективный ААП для терапии ФП и желудочковой экстрасистолии у пациентов без тяжелой органической патологии сердца, с возможностью длительного приема.
2. Следует использовать алгоритм контроля за приемом препарата Этацизин при его длительном применении.
3. При достижении терапевтического эффекта рекомендуется снизить дозу препарата до минимальной эффективной.
4. Этацизин – препарат выбора для лечения аритмий, которые развиваются на фоне брадикардии.
5. Этацизин эффективен в виде моно- и комбинированной (с β-адреноблокаторами) терапии нарушений ритма сердца.

Лектор обратил внимание на некоторые ограничения и лекарственные взаимодействия. Противопоказано применение этацизина одновременно с другими ААП IC класса (флекаинидом, пропафеноном), а также с дронадароном. Вместе с тем допускается сочетание с амиодароном и соталолом в низких дозах. Комбинация этацизина с β-адреноблокаторами является рациональной, особенно при адренергических формах аритмий.

При тщательном соблюдении критериев отбора пациентов этацизин является высокоэффективным и безопасным ААП, что демонстрирует клинический опыт ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско».



О нем более подробно рассказала старший научный сотрудник отдела аритмий сердца, кандидат медицинских наук Елена Николаевна Романова. Также в ее докладе была озвучена важная информация об особенностях применения этацизина.

информация об особенностях применения этацизина.



Непременным условием при назначении этацизина (как и других ААП I класса) является отсутствие органического поражения сердца, что подразумевает:

- отсутствие инфаркта миокарда с зубцом Q в анамнезе;
- отсутствие гипертрофической или дилатационной кардиомиопатии;
- фракция выброса левого желудочка >45%;
- отсутствие застойной или прогрессирующей сердечной недостаточности (СН), стадия СН не более ІА;
- отсутствие врожденных или ревматических пороков сердца;
- отсутствие выраженной гипертрофии левого желудочка (толщина одной из стенок левого желудочка ≥ 14 мм).

Если пациент начинает лечение этацизином впервые, необходимо снять электрокардиограмму (ЭКГ) и при отсутствии противопоказаний назначить первую таблетку (50 мг) под контролем врача. Через 1-2 ч следует повторно выполнить ЭКГ для исключения проаритмогенного эффекта препарата.

Его признаками могут быть: расширение комплекса QRS более чем на 25%, уменьшение его амплитуды, увеличение продолжительности зубца Р более 0,12 с, появление блокад, брадикардии, усиление имеющейся экстрасистолии, трансформация ФП в трепетание предсердий (ТП).

Если пациент хорошо перенес первую дозу, назначается поддерживающая доза 50 мг 3 раза в сутки. 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 раза в сутки).

В докладе были представлены данные отдела аритмий сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины относительно эффективности и безопасности этацизина для лечения ФП у пациентов без выраженных органических изменений сердца. Очень показательна динамика частоты рецидивов пароксизмов ФП на фоне приема этацизина: за 6 мес лечения она уменьшилась более чем в 3 раза (рис. 1). Также обращает на себя внимание существенное сокращение длительности пароксизмов (рис. 2).

Из кардиальных побочных эффектов этацизина отмечали развитие блокады правой ножки пучка Гиса

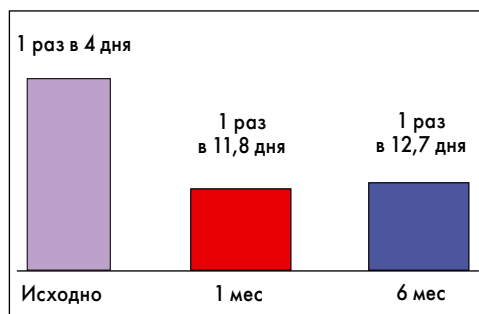


Рис. 1. Частота рецидивов пароксизмов ФП на фоне приема этацизина

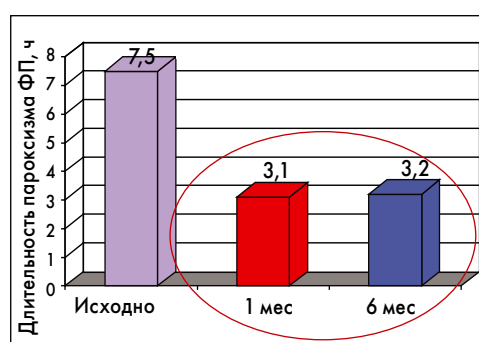


Рис. 2. Длительность пароксизмов ФП на фоне приема этацизина

у 2% пациентов, расширение комплекса QRS более чем на 25% от исходного – у 1,2% и трансформацию ФП в ТП – у 1,8%.

Некоторые пациенты отмечали экстракардиальные побочные эффекты препарата: диплопию (12%), головную боль и/или головокружение (3%), онемение языка за счет местного анестезирующего действия препарата (2%), тошноту (2%), шум в ушах (1%).

На основании представленных данных были сделаны следующие выводы:

- При корректном отборе пациентов согласно критериям «без выраженной структурной патологии сердца» и типу ФП (вагусная/адренергическая/смешанная) этацизин является эффективным и безопасным ААП при лечении суправентрикулярных нарушений ритма.

• Этацизин также эффективен для лечения желудочковой экстрасистолии у обследованных больных.

• Этацизин не теряет эффективности при длительном приеме.



Профессор кафедры терапии и семейной медицины учебно-научного института последипломного образования Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского, доктор медицинских наук Марьян Васильевич Гребеник

представил результаты локального реестра нарушений сердечного ритма у ургентно госпитализированных пациентов. Лектор прокомментировал различия в характеристиках пациентов, тактике лечения и исходах между когортами, набранными в реестр с 2000 по 2006 г. и с 2010 по 2017 г. За прошедший период времени доля нарушений ритма в структуре причин ургентных госпитализаций несколько увеличилась, хотя и не достоверно, с 19,6 до 21,3%. Увеличился средний возраст больных: с $59,89 \pm 1,05$ до $62,36 \pm 2,01$ года. Также вырос индекс коморбидности Чарлсона: в когорте 2010-2017 гг. он превысил 3. Наиболее распространенным основным диагнозом была и остается ишемическая болезнь сердца – 76,5%. Среди вероятных ведущих факторов развития аритмии доминировала артериальная гипертензия (37,3%). Постинфарктный кардиосклероз как фактор аритмогенного ремоделирования миокарда занимал 11,7%, СН – 9,8%, кардиомиопатии – 7,9%.

Комментируя особенности терапии нарушений сердечного ритма, докладчик обратил внимание на сокращение количества препаратов, которые применялись с 2010 по 2017 г. по сравнению с более ранней когортой 2000-2006 гг. Практически ушли со сцены такие препараты, как лидокаин, новокаиномид, хинидин и дифенин. Лидером по частоте назначений с выраженной динамикой роста является амиодарон: его назначили 36,36% пациентов в первой когорте и 72,45% – во второй. За ним следуют β -блокаторы: 13,56 и 18,26% соответственно. Наблюдается ренессанс этацизина, который является безальтернативным ААП для пациентов с вагусными формами аритмий. В когорте 2000-2006 гг. этацизин принимали 12,6% пациентов, в когорте 2010-2017 гг. – 6,44%. Дигоксин



не сдает позиций, несмотря на противоречивую и неполную доказательную базу: 5,93% назначений в когорте 2000-2006 гг. и 18,6% назначений в когорте 2010-2017 гг. Электроимпульсную терапию применяли у 8,47 и 7,8% пациентов соответственно. Также докладчик отметил очень низкий показатель применения радиочастотной абляции – 1,4%.

Анализ выживаемости пациентов после выписки из стационара за период с 01.2000 по 31.12.2017 г., проведенный по методу Каплана – Мейера, показал значительные различия между пациентами с пароксизмальной или персистирующей формой ФП (11,36 года) и пациентами с хронической (перманентной) ФП (6,44 года).

Таким образом, смертность в указанных подгруппах отличалась в 1,76 раза ($p=0,008$) при исходно сопоставимых демографических и клинических характеристиках на момент включения в реестр в 2000 г. По данным регрессионного анализа предикторов сердечно-сосудистой смертности на модели пропорциональных рисков Кокса единственным фактором, который достоверно влиял на выживаемость больных, был возраст. Подводя итог, докладчик отметил, что показанные в исследовании тенденции свидетельствуют о преимуществах стратегии контроля ритма над стратегией контроля ЧСС.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



Ритм сердца, ритм жизни

ЭТАЦИЗИН

Высокоэффективное антиаритмическое средство IC класса

- ➔ быстрое достижение клинического эффекта
- ➔ оптимальное решение при желудочковых экстрасистолах
- ➔ средство выбора для лечения аритмий, развившихся на фоне брадикардии
- ➔ безопасность применения (в том числе у людей пожилого и старческого возраста)

Регистрационный номер, PC №UA/371/01/01. Состав. Действующее вещество: этацизин. 1 таблетка содержит этацизина 50 мг. Вспомогательные вещества: крахмал картофельный, метилцеллюлоза, сахароза, кальция стеарат, повидон, кальция карбонат, магнез карбонат легкий, кремния диоксид коллоидный безводный, воск карнаубский, красители: желтый желтый (E 104), желтый закат FCF (E 110), титана диоксид (E 171). Показания к применению. Желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, пароксизмы мерцания и трепетания предсердий, желудочковая и наджелудочковая тахикардия, в том числе и при синдроме предвещаемого возбуждения желудочков. Противопоказания. Повышенная чувствительность к препарату или к вспомогательным веществам, выраженные нарушения проводимости (в том числе синовриальная блокада, AV блокада I-II степени при отсутствии искусственного водителя ритма), нарушение внутрисердечной проводимости, выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ, наличие постинфарктного кардиосклероза, надпочечный шок, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда и период три месяца после ОИМ, выраженное расширение полости сердца, снижение фракции выброса левого желудочка (данные ЭхоКГ), острая сердечная недостаточность, выраженная артериальная гипотензия, СН III и IV класса, выраженные нарушения функции печени и/или почек, нарушение электролитного баланса (гипокальциемия, гиперкалиемия, гипонатриемия); одновременное применение ААП IC и IA класса, ангибиторов МАО; нарушения ритма сердца в сочетании с блокадами проведения по системе пучка Гиса – волана Пуркине. Побочные реакции. Побочные эффекты зависят от величины дозы и, чтобы избежать их, не следует назначать максимальные дозы препарата. У лиц с индивидуальной гиперчувствительностью возможны аллергические реакции. Со стороны ЦСС: остановка синусового узла, AV-блокада, нарушение внутрисердечной проводимости, снижение скорости миокарда, уменьшение коронарного кровотока, аритмия. Вероятность критического действия наибольшая после перенесенного инфаркта миокарда и при других видах сердечной патологии, приводящей к снижению сердечной функции миокарда и развитию СН, проритмогенный эффект с риском внезапного летального исхода. Изменения на ЭКГ: удлинение интервала PQ, расширение зубца P и комплекса QRS. Со стороны ЦНС: головокружение, головная боль, потягивание при ходьбе или поворотах головы, небольшая сонливость; в отдельных случаях отмечена диплопия, парез accommodation. Со стороны ЖКТ: тошнота, боль в эпигастриальной области. Возможно уменьшение побочных эффектов или их исчезновение после применения препарата в течение 3-4 дней. При длительном лечении. Стабильное побочное действие не возникает, с прекращением приема препарата быстро исчезает. Увеличив отпуская из аптеки. По рецепту. Производитель: АО «ОлайнФарм». Ул. Руликів 5, Опайне, LV-2114, Латвия. Материал предназначен для специалистов. Полная информация содержится в инструкции по применению.