

# Лікування пацієнтів із фібриляцією передсердь: місце препарату Каптопрес-Дарниця

**Фібриляція передсердь (ФП) – найчастіше стійке порушення ритму в клінічній практиці, особливо в пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), ішемічною хворобою серця (ІХС) і в осіб похилого віку (Healey J. et al., 2017). Це потенційно небезпечна аритмія, що підвищує ризик тромбоемболічних подій у 5-7 разів, ризик серцевої недостатності (СН) і смерті – удвічі (Patel N. et al., 2014; Alonso A. et al., 2016). У 4% пацієнтів із ФП упродовж року виникає тахікардіоміопатія. ФП віднесено до захворювань, які суттєво підвищують ризик серцево-судинних ускладнень у хворих на АГ (Williams B. et al., ESC/ESH, 2018).**



На Х ювілейному міжнародному медичному форумі (17-19 квітня, м. Київ) проблемі терапії ФП була присвячена доповідь президента Асоціації аритмологів України, керівника відділу аритмій серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), доктора медичних наук, професора

Олега Сергієвича Сичова, котру він розпочав із питання призначення антикоагулянтної терапії.

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (ESC, 2016) пацієнтам із ФП показана тривала антикоагуляція залежно від ступеня ризику, оскільки ФП зумовлює третину всіх випадків інсульту. Адекватність дозування антагоністів вітаміну К (АВК) визначається досягненням показників міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) у межах 2,0-3,0. На початку терапії МНВ контролюють кожні 3 дні амбулаторно (щоденно у стаціонарі); після досягнення цільового МНВ у двох послідовних визначеннях – щомісяця з розрахунком TTR (часу в терапевтичному діапазоні) валідним методом, наприклад за Rosendaal. Адекватною вважається антикоагуляція з показниками TTR >70%. Неадекватна антикоагуляція підвищує ризик інсульту та кровотеч.

За відсутності можливості адекватного контролю МНВ краще призначити нові оральні антикоагулянти – НОАК (клас рекомендації I, рівень доказів B), особливо в пацієнтів із ФП, яка вперше виникла (ІА). Практика підтверджує переваги НОАК над АВК щодо ефективності та профілю безпеки як у первинній, так і у вторинній профілактиці інсульту, а також ризику смерті при неклапанній ФП. Найбільша доказовість у ривароксabanу: зниження ризику системної емболії / інсульту на 21%, ризику небезпечних кровотеч – на 31%, фатальних – на 50% у порівнянні з варфарином (дослідження ROCKET AF); переваги над варфарином при кардіоверсії (X-VerT), абляції (VENTURE) та черезшкірних втручаннях (PIONEER AF-PCI); зіставна з варфарином здатність лізису внутрішньопередсердних тромбів (X-TRA). Його ефективність підтверджена в пацієнтів із коморбідністю: АГ, СН, цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок, перенесеним інсультом. Препарат застосовується 1 раз на добу, доза визначається кліренсом креатиніну (КК >60 мл/хв – 20 мг, ≤60 мл/хв – 10-15 мг). У разі призначення ОАК пацієнтам із КК <60 мл/хв час у місяцях до наступного візиту для оцінки функції нирок розраховують як КК/10. При вагітності НОАК протипоказані, жінкам із ФП та ризиком інсульту в I триместрі призначають гепарин, надалі АВК із переходом на гепарин за 2-4 тиж до пологів.

В Україні для підвищення результативності профілактики інсульту при ФП проводився проект «PROSTIR (PROphylaxis Of STroke In Regions) без інсульту», що дало можливість створити алгоритм вибору ОАК і контролю ефективності антикоагуляції (рис. 1).

**Контроль частоти.** Найчастіше для цього застосовують β-блокатори, які продемонстрували здатність знижувати ризик раптової смерті (РС) за час спостереження 1-2 роки: пропранолол на 28% (дослідження BHAT, 3837 пацієнтів після інфаркту міокарда – ІМ); карведилол на 41% (CAPRICORN, 2600 пацієнтів із дисфункцією лівого шлуночка після ІМ); бисопролол на 44% (CIBIS-II, 2647 пацієнтів із СН III-IV функціональних класів за NYHA); метопролол на 41% (MERIT-HF, 3991 пацієнт із СН); небіволол на 38% (SENIORS, 2135 пацієнтів із СН).

**Відновлення синусового ритму** є важливим аспектом терапії. Результати регістру GARFIELD (2013) продемонстрували, що впродовж одного року після встановлення діагнозу в пацієнтів із такою контролю ритму смертність від усіх причин була на 28% нижчою (p=0,041) у порівнянні з пацієнтами, в яких обрано тактику контролю частоти.

Амбулаторне застосування підходу «таблетка в кишені» є безпечним (конверсія у тріпотіння передсердь зі швидким проведенням імпульсу лише в 0,18%) та ефективним (конверсія в синусовий ритм у 94%) пацієнтів без структурних захворювань серця з вираженою симптоматикою й нечастими (раз на місяць – раз на рік) епізодами ФП за умови, що попередньо проведено скринінг показань і протипоказань та переврено їх безпеку в умовах стаціонару. У пацієнта не повинно бути ІМ в анамнезі, гіпертрофічної чи дилатаційної

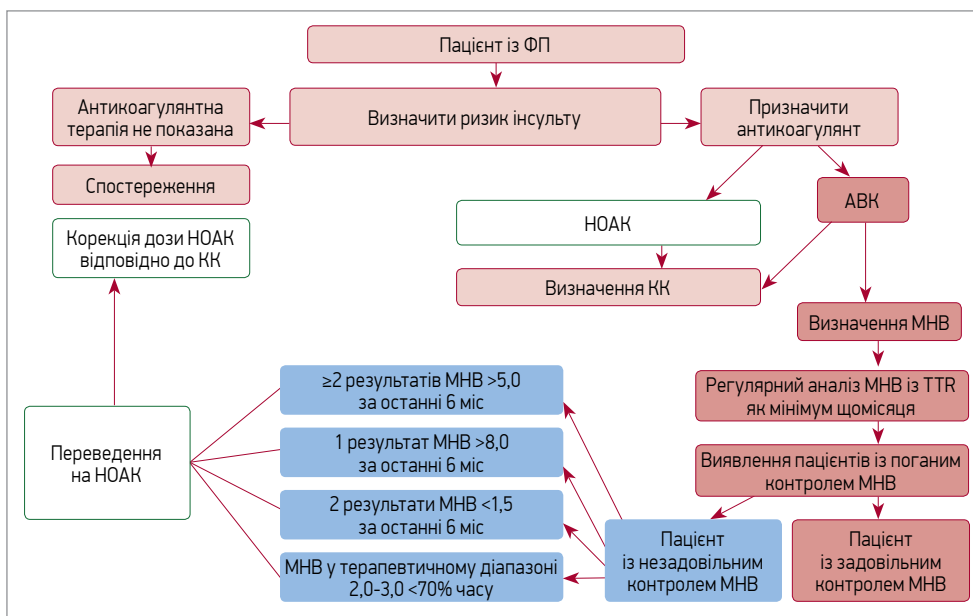


Рис. 1. Алгоритм роботи лікаря у програмі «PROSTIR без інсульту»

кардіоміопатії (КМП), вроджених або ревматичних вад серця, застійної (>II А) чи прогресуючої СН, гіпертрофії лівого шлуночка (товщина стінки ≥14 мм) або зниження фракції викиду (ФВ) <45%.

**Тривалий контроль ритму** показаний симптоматичним пацієнтам, у яких ФП виникає на тлі структурної хвороби серця.

За відсутності структурних захворювань серця застосовують такі антиаритмічні препарати (ААП): β-блокатори, соталол, дронедазон, аміодарон при адренергічно опосередкованій ФП; дизопірамід, етазинин, флекаїнід при вагус-опосередкованій ФП; дронедазон, флекаїнід, пропafenон, соталол, аміодарон при невизначеній або змішаній ФП. Якщо ААП неефективні чи протипоказані, а також за вибором пацієнта виконується абляція.

**Вплив на основне захворювання.** Результати вітчизняного популяційного дослідження (Срібна О.В., 2007) продемонстрували, що більшість випадків ФП зумовлені АГ, ІХС або їх поєднанням (рис. 2).

Тож невід'ємною умовою запобігання ФП, ефективної профілактики рецидивів і серцево-судинних ускладнень є **досягнення й утримання цільового офісного артеріального тиску <130/80, пульсового тиску ≤50 мм рт. ст.** Ремодельовання серця – це патогенетичне підґрунтя виникнення ФП при АГ, ІХС, гіпертрофічній КМП, фіброзі міокарда, що зумовлює доцільність динамічного спостереження за величиною індексу маси міокарда лівого шлуночка та розміром лівого передсердя принаймні раз на рік. Блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) забезпечують регрес цих змін, тому це елемент первинної профілактики ФП.

Відповідно до рекомендацій ESC (2016) для профілактики ФП, яка виникла вперше, треба призначити інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) / блокатор рецепторів ангіотензину (БРА) та β-блокатор у пацієнтів із СН зі зниженою ФВ (Па, А); ІАПФ/БРА в пацієнтів з АГ, особливо при гіпертрофії лівого шлуночка (Па, В). Призначення ІАПФ/БРА можна розглядати в пацієнтів із рецидивом ФП, яким проводили електрична кардіоверсія й терапія ААП (Па, В).

Доведено, що ІАПФ знижують ризик аритмічної смерті: каптоприл у порівнянні з гідралазином (дослідження Ну-С; RR 0,63 для загальної смертності та 0,13 для РС), трандолаприл у порівнянні з плацебо (TRACE; RR 0,75 та 0,76 відповідно), еналаприл у порівнянні з комбінацією гідралазин + ізосорбиду динітрат (V-HeFT II; RR 0,70 та 0,72 відповідно).

Пацієнтам із симптомами СН III-IV функціональних класів за NYHA зі зниженою ФВ лівого шлуночка до β-блокатора рекомендовано додати ІАПФ для зниження ризику госпіталізації з приводу СН і смерті (I, A). Серед ІАПФ доведену ефективність при СН мають еналаприл, каптоприл, лізиноприл, раміприл і трандолаприл.

**Невідкладне лікування гіпертензивних кризів у хворих на ФП.** Патогенетично обґрунтованим у таких випадках є призначення есмололу внутрішньовенно та препарату **Каптопрес-Дарниця** (каптоприл 50 мг, гідрохлоротиазид 25 мг) сублінгвально.

На особливу увагу заслуговує вітчизняний препарат **Каптопрес-Дарниця**, що випускається понад 20 років. Антигіпертензивний ефект ІАПФ каптоприлу зумовлений пригніченням РААС і не супроводжується

підвищенням частоти серцевих скорочень. На додаток він характеризується численними плейотропними ефектами (вазо-, кардіо-, нефропротекторний; антиоксидантний, антипроліферативний, антифібротичний, антиаритмічний, антитромботичний, антиатеросклеротичний) і доведеною ефективністю щодо зниження ризику РС, ускладнень при АГ, СН, ІМ, діабетичній нефропатії. Другим компонентом комбінації є найчастіше вживаний тіазидний діуретик, сечогінна та протинабрякова дія котрого потенціують ефект ІАПФ. Зниження артеріального

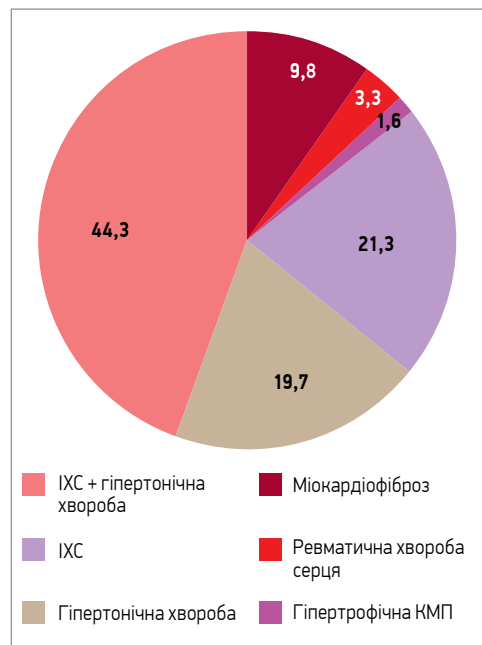


Рис. 2. Основні захворювання (%) у пацієнтів із ФП

тиску під впливом препарату **Каптопрес-Дарниця** порівнюється до такої при сублінгвальному застосуванні нітрогліцерину чи ніфедипіну, але він значно рідше спричиняє побічні ефекти. Швидкий початок (15-45 хв) і коротка тривалість (3-4 год) дії гарантує безпеку в пацієнтів із нестабільною гемодинамікою, зокрема при гострій/декомпенсованій СН, гострому ІМ, гемодинамічно нестабільних аритміях. Ще однією перевагою є доступність препарату завдяки низькій вартості та наявності в будь-якій аптеці.

Отже, **ФП** є однією з найважливіших проблем як у світі, так і в Україні. Успішна терапія передбачає не лише відновлення та контроль ритму, а й профілактику рецидивів і ускладнень за рахунок антикоагуляції та впливу на основне захворювання.

Підготувала **Ольга Королюк**

## КАПТОПРЕС-ДАРНИЦЯ

«ШВИДКА ДОПОМОГА»\*\*  
У ДОМАШНЮ АПТЕЧКУ  
КОЖНОГО ГІПЕРТОНІКА 1,2,3

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА  
**Дарниця**  
ВІТЧИЗНЯНА ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПАНІЯ РОКУ\*

- Відмінний профіль безпеки<sup>2</sup>
- Багаторічний досвід застосування<sup>2</sup>
- Досягнення цільових значень АТ\*\*\* у 96,6%<sup>2</sup>



1. Артеріальна гіпертензія. Стандарти оцінки медичної допомоги в умовах первинного зв'язку (по матеріалам Руководства Американської колегії кардіологів/Американської асоціації серця (ACC/AHA) 2017 г. по профилактике, выявлению, оценке и контролю повышенного артериального давления у взрослых пациентов). УКР. МЕД. ЧАСОПИС. 4 (126), т. 1 – VI/VI/2018. 2. Застосування комбінації каптоприлу з гідрохлоротиазидом (Каптопрес) у терапії артеріальної гіпертензії та неускладнених гіпертензивних кризів. «Здоров'я України» №121. (442). Листопад 2018. 3. Артеріальна гіпертензія. Стандарти оцінки медичної допомоги в умовах первинного зв'язку. Укр. мед. часопис. 4 (126), т. 1.  
\*\* За результатами конкурсу споживачів «Вибір року» України 2016, 2017, 2018 www.choice-of-the-year.com.ua  
\*\*\* Пацієнти зі зниженою систольною систолою на увазі, що Каптопрес-Дарниця являється класичним препаратом для купірування підвищеного артеріального тиску та відноситься до ефективних засобів зниження артеріального тиску.  
\*\*\* Артеріальний тиск.

КАПТОПРЕС 12,5-ДАРНИЦЯ (КАПТОПРЕС 12,5-DARNITSIA) Р.Л.№ UA/8156/01/01  
Складає діючі речовини: сартаніл (ібурантезоксид): 1 таблетка містить: каптоприлу 50 мг, гідрохлоротиазиду 12,5 мг; допоміжні речовини: целюлоза мікрокристалічна, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, кислота стеаринова, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, кислота стеаринова.  
КАПТОПРЕС 50-ДАРНИЦЯ (КАПТОПРЕС 50-DARNITSIA) Р.Л.№ UA/8156/01/02  
Складає діючі речовини: сартаніл (ібурантезоксид): 1 таблетка містить: каптоприлу 50 мг, гідрохлоротиазиду 25 мг; допоміжні речовини: крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, кислота стеаринова, крохмаль картопляний, крохмаль картопляний, кислота стеаринова.  
Лікарська форма: Таблетки. Фармакологічна група: Комбіновані препарати інгібіторів АПФ. Каптоприл і діуретик. Код АТХ: С09В А01.  
Показання: Агідрозно гіпертензія. Протипоказання: Підвищена чутливість до каптоприлу, інших інгібіторів АПФ, до гідрохлоротиазиду, інших препаратів, подібних сульфонамидів, або до інших компонентів лікарського засобу.  
Спосіб застосування та дози: Лікарський засіб застосовують внутрішньо за 1 годину до прийому їжі. Початкова доза становить 1/2 таблетки (25 мг каптоприлу та 12,5 мг гідрохлоротиазиду) 1 раз на добу. Насамперед при необхідності підтримують дозу можна збільшувати до 1 таблетки (50 мг каптоприлу та 25 мг гідрохлоротиазиду) 1 раз на добу.  
Побічні реакції: Більш частіше з боку шлунково-кишкового тракту: суб'єктивний дискомфорт у епігастрії, обдурманення, біль. З боку нервової системи: головний біль, сонливість, порушення сну, порушення м'язово-скелетної системи. З боку серцево-судинної системи: зупинка серця, ортостатична гіпотензія, крохмаль або крохмаль, прискорена серцебиття. Гіперкаліємія. З боку нервової системи: головний біль, сонливість, судороги, парестезія, вертіго. З боку серцево-судинної системи: порушення периферичної гемодинаміки, серцева аритмія. Термін придатності: 3 роки. Умови зберігання: Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі не вище 25°C. Упаковка: По 10 таблеток у контурній картонній упаковці, по 2 контурні картонні упаковки в паці. Категорія випуску: За рецептом. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація призначена виключно для роз'яснення в спеціалізованих видавничих прийомах для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.