

Основні аспекти призначення антиаритмічної терапії при фібриляції передсердь

За матеріалами X ювілейної науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України (1-3 липня 2020 року)

Фібриляція передсердь (ФП) – найпоширеніший тип аритмії, медикаментозна корекція якої потребує виваженого та індивідуального підходу. Сучасні фармакологічні можливості відновлення синусового ритму та його безпечного і тривалого контролю у форматі «питання – відповіді» розглянули к. мед. н. Олена Миколаївна Романова та к. мед. н. Таїсія Вячеславівна Гетьман (ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ).

? Які основні етапи діагностичного пошуку при ФП?

Цілком зрозуміло, що після отриманих вперше лікарем скарг пацієнта та даних анамнезу стосовно перебоїв у роботі серця або прискореного серцебиття насамперед потрібно зафіксувати це порушення ритму на електрокардіограмі (ЕКГ) або виявити його при холтеровському моніторингу ЕКГ. Тривалий ЕКГ-моніторинг слід проводити для оцінки зв'язку симптомів з епізодами ФП, а також відповідності рівня контролю за симптомними хворими (Па, С).

До того ж обов'язкове повне кардіоваскулярне обстеження, що включає аналіз анамнезу хвороби, ретельне клініко-лабораторне дослідження пацієнта та аналіз його супутніх патологічних станів. Все це є основою для подальшого вибору лікувальної тактики, зокрема визначення необхідності застосування антиаритмічної терапії.

? Які категорії пацієнтів із ФП потребують антиаритмічних препаратів для постійного приймання, а які лише для відновлення синусового ритму?

Пацієнтам із рідкісними пароксизмами ФП регулярне застосування антиаритмічних препаратів (ААП) не показано. За визначенням Європейського товариства кардіологів (ESC) 2012 р., рідкісними називають такі пароксизми ФП, що виникають із частотою від одного разу на місяць до одного разу на рік.

Звісно, особи з персистувальною формою ФП у більшості випадків потребують постійного приймання ААП. Так, на сьогодні відома спеціальна бальна шкала оцінки прогнозу швидкості переходу пароксизмальної форми ФП у персистувальну. Наявність серцевої недостатності (СН) чи перенесеної транзиторної ішемічної атаки оцінюється у 2 бали, а вік >75 років, хронічне обструктивне захворювання легень та артеріальна гіпертензія (АГ) – в 1 бал. Якщо пацієнт із пароксизмальною формою ФП за цією шкалою отримує більш ніж 5 балів, ризик розвитку персистувальної форми ФП протягом року зростає вдвічі (Sees et al., 2010).

? Яким ААП віддають перевагу при профілактиці рецидивів ФП?

Вибір ААП має ґрунтуватися на ретельній оцінці загального стану пацієнта із врахуванням його коморбідності, серцево-судинного ризику й потенціалу для серйозних проаритмогенних ефектів та екстракардіальних ускладнень. В останніх європейських рекомендаціях (ESC, 2016) пропонується достатньо великий вибір ААП (дронедарон, флекаїнід, пропафенон або соталол) для профілактики рецидивів симптомної ФП в осіб із мінімально вираженими структурними змінами міокарда (І, А).

Так, перед вибором ААП обов'язковим є визначення товщини стінки лівого шлуночка (ЛШ) за допомогою ехокардіографії. Також важливим критерієм гіпертрофії ЛШ є індекс маси міокарда ЛШ, який в нормі для жінок становить <95 г/м², у чоловіків – менш ніж 115 г/м².

? Які стратегії фармакологічної кардіоверсії є найбільш доцільними при ФП?

На сьогодні, особливо в амбулаторних умовах, актуальною є медикаментозна кардіоверсія за стратегією «таблетка в кишені», яка передбачає приймання навантажувальної дози ААП. Такий підхід зазвичай використовують у пацієнтів зі стабільною гемодинамікою та нечастими епізодами ФП. Також перший раз стратегію «таблетка в кишені» бажано застосовувати у стаціонарних умовах для оцінки ЕКГ

в динаміці й запобігання виникненню можливих проаритмогенних ефектів ААП.

Сучасними антиаритміками, які застосовують у межах стратегії «таблетка в кишені», є флекаїнід та пропафенон (Пропанорм). Слід зауважити, що в уніфікованому клінічному протоколі з ведення пацієнтів із ФП зазначено, що пропафенон (Пропанорм) довів свою ефективність щодо відновлення синусового ритму. Так, за наявності гіпертрофії стінки ЛШ <1,4 см або її відсутності препаратом вибору при пароксизмі ФП є пропафенон. За його неефективності рекомендовано призначати аміодарон або соталол. Якщо ж гіпертрофія стінки ЛШ становить >1,4 см, доцільно використовувати аміодарон.

Пропафенон (Пропанорм) – єдиний ААП класу ІС із β-адреноблокувальною активністю. За результатами клінічних досліджень, пероральна форма пропафенону в дозі 450-600 мг безпечно (до 0,2% випадків трансформації у тріпотіння передсердь) та ефективно відновлює синусовий ритм при ФП в амбулаторних умовах.

Також пропафенон перешкоджає виникненню рецидиву аритмії за рахунок сповільнення проходження імпульсу в синоатріальному та атріовентрикулярному вузлах, передсердях та волокнах Пуркінє.

? Які існують схеми приймання ААП відповідно до стратегії «таблетка в кишені»?

Насправді, описано достатньо велику кількість таких схем, але найбільш уживаними є дві запропоновані ESC:

- приймання пропафенону в дозі 150 мг тричі на добу з інтервалом вісім годин;
- початкове застосування пропафенону в навантажувальній дозі 300 мг, потім через одну годину – 150 мг і через 4-6 годин – ще 150 мг.

В Інституті кардіології імені М.Д. Стражеска під керівництвом професора О.С. Сичова було проведено дослідження, за результатами якого запропоновано власну схему використання пропафенону (Пропанорму): **початкове приймання препарату в дозі 300 мг, через 1 годину – 150 мг, іще через годину – знову 150 мг.** При застосуванні стратегії «таблетка в кишені» у стаціонарі важливо перед кожною наступною дозою записати ЕКГ і провести аналіз серцевого ритму. Якщо пацієнт на тлі постійного використання пропафенону змушений прийняти його навантажувальну дозу за умови появи епізоду ФП, слід пам'ятати, що максимальна добова доза пропафенону становить 900 мг.

За даними порівняльного дослідження щодо ефективності медикаментозної кардіоверсії при використанні різноманітних ААП було показано, що через одну годину після перорального приймання пропафенону та парентерального введення аміодарону ефективність цих препаратів зівставна. При цьому вже через чотири години після використання ефективність пропафенону виявилася на 20% вищою порівняно із аміодароном (Kochiadakis et al., 2007).

Подібні результати спостерігалися у власному дослідженні, коли вже через годину після перорального приймання пропафенону (Пропанорму) його ефективність становила 54%, а через добу – 86% (Сичов, Романова, 2017).

? Які є протипоказання до застосування стратегії «таблетка в кишені» для відновлення синусового ритму?

Серед абсолютних протипоказань виділяють такі, як дисфункція синусового чи атріовентрикулярного вузлів, блокада ніжок пучка Гіса, подовження інтервалу QT, синдром Бругада, гострий коронарний синдром, декомпенсована хронічна СН. До відносних належать бронхіальна

астма та обструктивний бронхіт, коли ААП не застосовують у період загострення цих хвороб.

? Якою є тривалість протирецидивної антиаритмічної терапії при ФП та які показники слід контролювати?

Протирецидивна антиаритмічна терапія триває доти, доки вона потрібна. При цьому ААП слід обирати з огляду на коморбідну патологію пацієнта, кардіоваскулярний ризик, а також потенційні проаритмогенні та екстракардіальні токсичні ефекти ААП.

Відповідно до вітчизняних рекомендацій, пропафенон призначають у стандартній дозі 150 мг тричі на добу з можливим збільшенням дозування до 300 мг двічі на день.

В європейських настановах допускається застосування препарату по 300 мг тричі на добу. У клінічній практиці таку високу дозу пропафенону для протирецидивної терапії ФП використовують рідко. Відповідно до рекомендацій ESC (2020), перед призначенням препарату та через 2-3 тижні потрібно провести ЕКГ. Також при тривалій антиаритмічній терапії обов'язковими є виконання ехокардіографії та контроль кліренсу креатиніну один раз на рік. Пропафенон інтактний до щитоподібної залози та, на відміну від аміодарону, не потребує контролю її стану.

Підтримувальну терапію можна застосовувати в амбулаторних умовах.

В осіб із помірною печінковою недостатністю терапію пропафеноном варто починаати з 150 мг/добу. За потреби дозу збільшують до 150 мг двічі на добу через чотири дні. У разі тривалого використання препарату в пацієнтів із нормальною функцією нирок та печінки можна розглянути зниження дози (150 мг двічі на добу), якщо протягом трьох місяців на тлі постійного лікування не було пароксизмів ФП.

? Яким чином можна попередити виникнення проаритмогенних ефектів ААП?

По-перше, за можливості варто уникати тривалого і безперервного застосування ААП, а також призначати їх безконтрольно на довгий період часу. Важливо здійснювати періодичний контроль ЕКГ для оцінки частоти ритму, тривалості інтервалу QT та комплексу QRS, виявлення можливих атріовентрикулярних блоkad. На додачу, слід підбирати мінімальні, але ефективні дози ААП.

По-друге, необхідна адекватна оцінка співвідношення користь/ризик при застосуванні антиаритмічної терапії. Вона не рекомендована пацієнтам із подовженим інтервалом QT або клінічно значущою дисфункцією синоатріального чи атріовентрикулярного вузлів за відсутності в них електрокардіостимулятора.

Отже, оптимальна антиаритмічна терапія має бути детально продуманою, обґрунтованою, максимально дієвою, з мінімальними побічними ризиками. Цим вимогам відповідає сучасний ААП пропафенон (Пропанорм) із високим профілем безпеки та клінічної ефективності, що дозволяє успішно лікувати різноманітні порушення серцевого ритму, зокрема ФП.

Підготувала Людмила Онішук



ПРОПАНОРМ®

пропафенон

Препарат вибору* у хворих з фібриляцією передсердь для^{1,2}:

- швидкого купірування пароксизму;
- використання в стратегії «пігулка в кишені»;
- підтримки синусового ритму

Включений в європейські та національні рекомендації^{1,2}

Пропанорм®
Лікарська форма: таблетки, вкриті оболонкою. **Склад:** діюча речовина: пропафенону гідрохлорид; 1 таблетка містить пропафенону гідрохлориду 150 мг або 300 мг. **Фармакотерапевтична група:** препарати для лікування захворювань серця. Антиаритмічні препарати ІС класу. Код АТХ С01 В С03. **Показання:** профілактика та лікування вентрикулярних аритмій, пароксизмальних суправентрикулярних тахіаритмій, включаючи пароксизмальну форму тріпотіння/фібриляції передсердь та пароксизмальні кругові тахікардії із залученням АВ-вузла або додаткових провідних шляхів, при неефективності стандартної терапії або протипоказаннях для її проведення. **Протипоказання:** Гіперчутливість до пропафенону або до будь-якого іншого компонента препарату; вивалений синдром Бругада; виліток інфаркту міокарда за останні 3 місяці; значне органічне захворювання серця, таке як неконтрольована хронічна серцева недостатність (фракція викиду лівого шлуночка <35%), кардіогенний шок (якщо він не спричинений аритмією); тяжка симптоматична брадикардія; неконтрольовані електролітні порушення (наприклад порушення метаболізму калію); тяжкі обструктивні захворювання легень; тяжка артеріальна гіптензія; дисфункція синусового вузла, порушення передсердної провідності, АВ-блокада II ступеня або вище, блокада пучка Гіса або дистальна блокада при відсутності штучного водія ритму; одночасне застосування з ритонавіром; міастенія гравіс; тяжка печінкова недостатність. **Категорія відпуску:** за рецептом. **Інформація наведена скорочено. Повна інформація про лікарський засіб знаходиться в інструкції для медичного застосування. Перед застосуванням лікарського засобу ознайомтеся, будь ласка з інструкцією. Наказ МОЗ України №817 від 27.04.2018. Р.П. №UA/5421/01/01, UA/5421/01/02**

* у хворих без виражених структурних захворювань серця
1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь». Наказ МОЗ України № 597 від 15.06.2016.

Інформація про лікарський засіб для медичних і фармацевтичних працівників, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. За додатковою інформацією звертайтеся в Представництво ТРОМЕДЦС Прага а.с. в Україні, вул. Межиріська, буд. 7/16, м.Київ, 04071, тел.: +38 044 364 57 59, office@promedcs.ua, www.promedcs.ua

PRO.MED.CS
Praha a.s.

INNOVATION & CARE
WWW.PROMEDCS.COM