

Порушення серцевого ритму: коли потрібен антиаритмік та який саме?

Актуальною проблемою сучасної кардіології є різноманітні порушення серцевого ритму, які можуть виникати як у молодому, так і в похилому віці. Досвідом щодо доцільності застосування антиаритмічної терапії та її призначення при різних порушеннях серцевого ритму поділилися провідні вітчизняні вчені-аритмологи в межах української фахової школи «Діагностика та лікування серцево-судинних захворювань» (22-23 жовтня 2020 року).

Чи всі шлуночкові аритмії треба лікувати?



Із цікавою доповіддю виступив **співголова Всеукраїнської асоціації аритмологів України, завідувач відділу аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ), д. мед. н., професор Олег Сергієвич Сичов**. Спікер зауважив, що у клінічній практиці досить часто зустрічається такий вид порушення серцевого ритму, як шлуночкова екстрасистола. Вона може виникати як на тлі кардіальної або екстракардіальної патології, так і бути випадковою знахідкою у практично здорових молодих людей під час запису електрокардіограми (ЕКГ) чи проведення холтеровського моніторингу (ХМ) ЕКГ. Поодинокі шлуночкові екстрасистолі (ШЕ) зазвичай носять функціональний характер, не впливають на фізичну активність пацієнта і не становлять загрози для життя.

Основними причинами виникнення органічних ШЕ є ішемія, інфаркт міокарда (ІМ), гіпертрофія стінок лівого шлуночка (ЛШ), різноманітні види кардіоміопатій тощо. Для систематизації шлуночкових порушень серцевого ритму в осіб із гострим ІМ було розроблено класифікацію B. Lown і M. Wolf (1971). Також добре відома прогностична класифікація шлуночкових аритмій J.T. Bigger (1993), відповідно до якої виділяють безпечні (доброякісні) шлуночкові аритмії, потенційно небезпечні (з імовірним летальним наслідком) і такі, що загрожують життю (злаякісні, летальні).

Саме злаякісні шлуночкові аритмії, які виникають на тлі структурного ураження серця, асоційовані з високим ризиком раптової серцевої смерті (РСС). Так, у дослідженні Bayes de Luna (1989), в якому аналізували 254 випадки РСС за даними ХМ ЕКГ, у 62% пацієнтів причиною РСС стала шлуночкова тахікардія (ШТ).

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC, 2015), високоефективним методом вторинної профілактики РСС і ШТ є застосування імплантованого кардіовертера-дефібрилятора (ІКД) на тлі оптимальної медикаментозної терапії. Так, імплантацію ІКД рекомендовано пацієнтам із задокументованою фібриляцією шлуночків чи гемодинамічно непереносимою ШТ. При цьому такі хворі повинні отримувати постійну оптимальну фармакотерапію та мати очікувану тривалість життя із хорошим функціональним статусом більш ніж один рік (І, А).

Крім того, ІКД слід встановлювати пацієнтам зі стійкими повторюваними ШТ (але не протягом 48 год після ІМ). Ці хворі також повинні отримувати постійне оптимальне медикаментозне лікування, мати нормальну фракцію викиду (ФВ) ЛШ та очікувану тривалість життя з хорошим функціональним статусом більш як один рік (ІІа, С).

Яка ж оптимальна постійна антиаритмічна терапія необхідна для профілактики РСС у разі виникнення життєво небезпечних шлуночкових аритмій? За словами професора, вибір того чи іншого антиаритмічного препарату (ААП) насамперед залежить від ступеня структурного ураження міокарда. Так, відповідно до зазначених рекомендацій ESC, у пацієнтів без органічного ураження серця можна застосовувати ААП ІС класу (флекаїнід, пропafenон, соталол). Вони значно сповільнюють швидкість деполаризації та проведення імпульсу по провідній системі серця, при цьому суттєво не впливають на тривалість

потенціалу дії та рефрактерності (Miller et al., 2008).

Слід відзначити, що лікування блоками натрієвих каналів (ААП ІС класу) рекомендоване симптомним пацієнтам із ШТ або ШЕ з вихідного тракту ЛШ. Так, з 1984 р. Управління з контролю за якістю продуктів харчування і медикаментів США (FDA) схвалило пероральне призначення флекаїніду для профілактики виникнення ШТ. На відміну від пропafenону, флекаїнід (Ліксарит) не має β-блокувальних властивостей, тому за потреби його можна комбінувати з β-блокаторами.

При пероральному прийманні флекаїнід (Ліксарит) швидко всмоктується у шлуноково-кишковому тракту, а піковий рівень його концентрації у крові досягається через 2-3 год від моменту застосування. У пацієнтів із ШТ препарат призначають по 100 мг двічі на добу. Його максимальна добова доза становить 400 мг. При цьому перед призначенням флекаїніду, через день та через 2-3 дні після початку лікування обов'язковий запис ЕКГ. Збільшення тривалості комплексу QRS >25% від вихідного рівня свідчить про необхідність відміни даного ААП, щоб уникнути розвитку проаритмогенного ефекту.

За неефективності антиаритмічної терапії та у разі наявності симптомів у пацієнтів із ШТ або шлуночковою екстрасистолею із виносного тракту правого шлуночка рекомендовано катетерну абляцію (І, В).

Стратегія лікування в осіб із фібриляцією передсердь та супутніми станами



Старша наукова співробітниця відділу аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, к. мед. н. **Олена Миколаївна Романова** розглянула особливості лікувальної тактики у пацієнтів із фібриляцією передсердь

(ФП) та коморбідними станами на прикладі клінічного випадку.

Пацієнт М., 66 років, страждає на артеріальну гіпертензію (АГ) протягом 20 років, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — 18 років та персистуючу форму ФП — трьох років. Постійно приймає комбінацію антигіпертензивних засобів (сартани та антагоністи кальцію), за допомогою чого ефективно контролює АТ (130/80 мм рт. ст.). За результатами проведеної ехокардіографії встановлено, що скоротлива функція ЛШ у хворого збережена, функція клапанів серця суттєво не змінена, наявна помірна дилатація правих відділів серця.

Як зазначила лекторка, цього року з'явилися нові рекомендації ESC (2020) із діагностики й лікування ФП, в яких ХОЗЛ і обструктивне апное сну виділені як окремі причини ФП. Тому всім пацієнтам із вказаною патологією дихальної системи рекомендовано скринінг на виявлення ФП. При цьому обов'язковими є контроль і корекція гіпоксемії та ацидозу, оскільки дані стани обтяжують перебіг як ФП, так і основного захворювання, формуючи «хибне» коло. Таким чином, виявлення та контроль факторів ризику і супутніх захворювань має бути невід'ємною частиною лікування пацієнтів із ФП.

При виборі ААП для довгострокового контролю ритму в осіб із ФП та ХОЗЛ має значення наявність чи відсутність структурної патології серця. Відповідно до останніх рекомендацій ESC (2020) щодо діагностики і лікування ФП, за відсутності

органічного ураження серця як антиаритмічну терапію рекомендовано застосовувати пропafenон, флекаїнід або дронедазон. Оскільки для пропafenону властиві β-блокувальні ефекти, його застосування за наявності ХОЗЛ значно обмежене.

Протягом останніх чотирьох років на фармацевтичному ринку України як для довготривалого контролю ритму, так і для медикаментозної кардіоверсії у пацієнтів із ФП позитивно зарекомендував себе ААП Ліксарит (флекаїнід). Зазвичай при ФП його призначають у дозі 100 мг двічі на добу. Якщо протягом трьох місяців утримується синусовий ритм без рецидивів ФП, допускається зниження дози до 50 мг два рази на добу. При цьому необхідно контролювати функцію нирок та визначати швидкість клубочкової фільтрації. Коли ж кліренс креатиніну <50 мл/хв, для тривалого контролю ритму флекаїнід (Ліксарит) призначають у дозі 50 мг двічі на добу.

Якщо на тлі планової протирецидивної антиаритмічної терапії флекаїнідом виникає пароксизм ФП, для відновлення синусового ритму можна використовувати підхід «таблетка в кишені» із застосуванням препарату після перевірки безпеки даної схеми у стаціонарних умовах. Що ж таке навантажувальна доза за стратегією «таблетка в кишені» для флекаїніду? Це застосування 200 мг препарату одноразово, а за умови збереження ФП — повторно у дозі 100 мг через одну годину.

Незалежно від того, відновився синусовий ритм чи ні, вечірнє планове приймання 100 мг ААП слід пропустити, оскільки його добова доза не має перевищувати 400 мг.

Як свідчать результати клінічних досліджень, пероральне застосування пропafenону (450-600 мг) та флекаїніду (200-300 мг) за стратегією «таблетка в кишені» в більшості випадків супроводжується безпечним та ефективним відновленням синусового ритму. Зокрема, перехід ФП у тріпотіння передсердь із проведенням у співвідношенні 1:1 реєструється тільки в 0,18% випадків, а відновлення синусового ритму відбувається в 94% пацієнтів на тлі медикаментозної кардіоверсії пропafenоном або флекаїнідом (Kirchhof et al., 2016).

Безумовно, важливим етапом у лікуванні пацієнтів із ФП є оцінка кардіоемболічного ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASc. Треба зауважити, що у нових рекомендаціях ESC (2020) з'явилися певні уточнення щодо правильної інтерпретації результатів. Так, наявність симптомної СН із помірно зниженою або збереженою ФВ ЛШ оцінюється в 1 бал, перенесений ішемічний або геморагічний інсульт — у 2 бали. Також були уточнені цільовий рівень АТ (<120-129/80 мм рт. ст.) для пацієнтів з АГ та ФП. Крім того, зазначено, що цукровий діабет 1-го і 2-го типу є фактором ризику розвитку кардіоемболічного інсульту.

Таким чином, лікування надшлуночкових та шлуночкових порушень серцевого ритму потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта з обов'язковим врахуванням його коморбідної патології та оцінки всіх факторів ризику.

Підготувала Людмила Онишук



Ліксарит

ФЛЕКАЇНІД
100 МГ №30

**Оперативне
ВІДНОВЛЕННЯ ритму
СТАБІЛЬНИЙ контроль**

ЛІКСАРИТ | **Європейський флекаїнід для українського пацієнта**

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ЛІКСАРИТ (ЛІКАРИТ)
Склад: діюча речовина: флекаїнід асцетат; 1 таблетка містить 100 мг флекаїніду асцетату. Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Антиаритмічні засоби класу ІС. Флекаїнід. Код АТХ С01В С04. Фармакологічні властивості. Флекаїнід асцетат – антиаритмічний засіб класу ІС, призначений для лікування зарозумілої для життя симптоматичної вентрикулярної аритмії та суправентрикулярної аритмії такого ступеня. Цей міцний анестетик алкоголю типу, структурно близький до пропаноліду та етінаміду, оскільки зазначені речовини також є похідними бензаміду. Флекаїнід має три основні властивості: виражене пригнічення швидких натрієвих каналів серця; повільний початок дії та зміцнені клітинні характеристики гальмування натрієвих каналів; диференційований вплив засобу на тривалість міни біоекстракційного потенціалу і ліву шлуночку та відносно ПР, а саме: відсутність впливу на період та значне скорочення тривалості зони для останніх. Зазначеними електрофізіологічними властивостями флекаїніду асцетату зумовлена можливість збільшення інтервалу РР та QRS на ЕКГ. У дуже високій концентрації флекаїнід викликає слабке пригнічення повільних каналів міокарда. Цей вплив асоціюється з негативним інотропним ефектом. Показання. Абузуюча стійка тахікардія; аритмії, асоційовані із синдромом Вольфа-Паркінсона-Вайта та подібними порушеннями, обумовленими наявністю додаткових провідних шляхів (у разі неефективності інших видів лікування); Симптоматична пароксизмальна вентрикулярна аритмія такого ступеня, що загрожують життю пацієнта, при відсутності відповіді на інші види терапії. Також застосовується при непереносимості або неможливості проведення інших форм терапії. Пароксизмальна аритмія передсердь (фібриляція передсердь, тріпотіння передсердь, також передсердя) у пацієнтів із неспецифічною симптоматикою після комерції, за умов наявності безумовної потреби у терапії, що підтверджується тяжкістю клінічних симптомів, якщо інші види лікування неефективні. Перед початком застосування слід виключити наявність захворювань, що загрожують життю пацієнта або порушення функції виводу лівого шлуночка, оскільки в такому випадку зростає ризик небезпечного підсилення аритмії. Протипоказання. Реакція підвищеної чутливості до флекаїніду або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Серцева недостатність, інфаркт міокарда в анамнезі із безсимптомною вентрикулярною екстрасистоєю або безсимптомною вентрикулярною тахікардією. Кардіогенний шок. Довготривала фібриляція передсердь, у терапії якої не робилася спроба комерції синусового ритму, а також вальгівний серцевий застій. Застосування у комбінації з протидієтними засобами класу І (блокатори натрієвих каналів). Синдром Бріджеса. Якщо немає можливості проведення кардіостимуляції, флекаїнід не слід застосовувати в терапії пацієнтів із порушеннями функції синусового вузла, порушеннями провідності передсердь, при аритмогенній блокаді другого ступеня тяжкості, при блокаді нійки пучка Гіса або блокаді дистальних відділів. Безсимптомна вентрикулярна аритмія або незначною мірою виражені симптоми вентрикулярної аритмії. Побічні реакції. Запаморочення, порушення зору, такі як диплопія та нечіткість зору, прозоритийні вліви, задиханість, астено, втомированість, гаряча, набряки (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Лібораторіос Нормон, С.А. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, а також для поширення на сайтах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повна інформація знаходиться в інструкції до препарату Ліксарит. Реєстраційне посвідчення № UA/1741010101.