



Одними з найчастіше застосовуваних ААП для тривалого контролю ритму при ФП є пропafenон та аміодарон. Деякі пацієнти із ФП, яким призначено аміодарон, потребують зміни лікування для ефективнішого контролю ритму. Алгоритм переведення з аміодарону на пропafenон:

- припинення приймання аміодарону;
- призначення пропafenону в дозі 150 мг двічі на добу;
- у цей період, до та через 1-2 тижні після призначення, потрібно провести ЕКГ або холтеровський моніторинг ЕКГ для оцінки ЧСС, кількісних і якісних характеристик порушень ритму серця і стану провідної системи;
- через 7-14 днів можливе збільшення дози пропafenону до 150 мг тричі на добу під контролем комплексу QRS на ЕКГ.

### Стратегія «таблетка в кишені» за тривалості епізоду ФП менш ніж 48 год

За результатами досліджень, пероральний пропafenон у дозі 450-600 мг є ефективним (94% епізодів конверсії у синусовий ритм) та безпечним (0,18% епізодів трансформації у ТП зі швидким проведенням імпульсу) варіантом лікування пацієнтів у амбулаторних умовах. Такий підхід можна використовувати в окремих хворих із виразною симптоматикою і нечастими (від одного разу на місяць до одного разу на рік) епізодами ФП. Для цього необхідно провести скринінг показань/протипоказань і перевірити безпеку стратегії в стаціонарних умовах.

Під час довготривалого застосування пропafenону доцільно тримати під контролем такі показники хворого:

- ЕКГ один раз на шість місяців (при зміні тривалості QRS <25% порівняно з вихідним рівнем лікування слід відмінити);
- ЕхоКГ один раз на рік (при зниженні ФВ >15% від початку терапії необхідно відмінити);
- кліренс креатиніну один раз на рік (при  $\leq 30$  мл/хв лікування слід відмінити).

У разі застосування тактики «таблетка в кишені» на тлі протирецидивної терапії добова доза пропafenону становить  $\leq 750$  мг.

Ефективність і безпеку пропafenону в лікуванні ФП підтверджено згідно з результатами дослідження д. мед. н., професора О.С. Сичова та к. мед. н. О.М. Романової 2017 р. на базі Інституту кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, в якому 82 пацієнти застосували препарат Пропанорм® (PRO. MED. CS Praha a.s.) із діючою речовиною пропafenон. Терапевтичну схему застосування

Пропанорму «таблетка в кишені» представлено на рисунку 3.

Відновлення синусового ритму спостерігалось у 86% хворих приблизно протягом  $240 \pm 35$  хв, причому вже у половини пацієнтів ритм відновився через годину, в 72% – 8 год, у 80% – 12 год та у 86% – 24 год.

Синусовий ритм не відновився у 14% хворих. Дані пацієнти були віком орієнтовно

на п'ять років старші порівняно із загальною когортою хворих, мали довшу тривалість пароксизму ( $6,8 \pm 1,2$  год;  $p=0,005$ ) та аритмологічного анамнезу на один рік, більший об'єм лівого передсердя та майже на 7% нижчу ФВ.

Також слід відзначити, що побічні ефекти у даному дослідженні були мінімальними та не потребували відміни препарату.

Ольга Володимирівна підсумувала, що рання кардіоверсія пропafenоном приводить до зменшення електрофізіологічного ремоделювання.

Застосування стратегії «таблетка в кишені» є доцільною завдяки швидкому відновленню синусового ритму після приймання пропafenону (ефективність – 56-83%), відсутності значних побічних реакцій та здатності пацієнта самостійно відновлювати синусовий ритм в амбулаторних умовах, що зменшує витрати на медичне обслуговування.

Спікерки підкреслили актуальність проаритмогенності під час застосування ААП не за показаннями. Так, проаритмогенний ефект може розвинути у разі призначення будь-якого препарату, але зазвичай не за показаннями. Проаритмогенність можна фіксувати за допомогою холтеровського моніторингу. До основних проявів проаритмогенності слід віднести такі, як почастішання/подовження тривалості та гірша переносимість пароксизмів ФП, трансформація ФП у ТП, відсутність ефекту при застосуванні стратегії «таблетка в кишені». У цьому разі слід звернути увагу на те, чи є ефективність антигіпертензивної терапії достатньою, на наявність ішемічних проявів, загострення супутньої патології, виникнення нових захворювань тощо. Також варто додатково провести аналіз електричного балансу та оцінку психоемоційного статусу пацієнта.

О.М. Романова та О.В. Срібна підсумували, що лікування основного захворювання і правильне використання ААП – це запорука успіху ведення пацієнтів із ФП і крок назустріч синусовому ритму.

Підготував **Денис Соколовський**

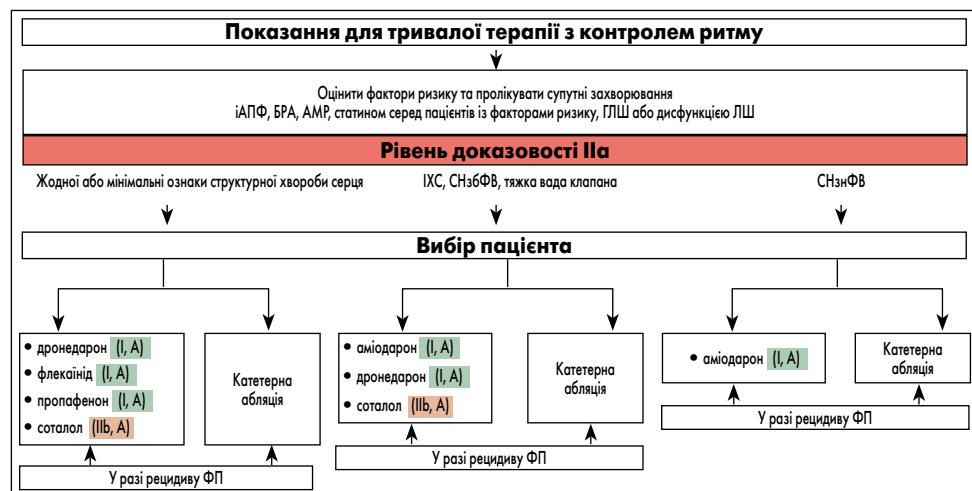


Рис. 2. Початок довгострокового контролю ритму в симптомних пацієнтів із ФП

Примітки: іАПФ – інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту, БРА – блокатор рецепторів ангіотензину, АМР – антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів, ГЛШ – гіпертрофія лівого шлуночка, СНзФВ – серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду, СНзФВ – серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду.

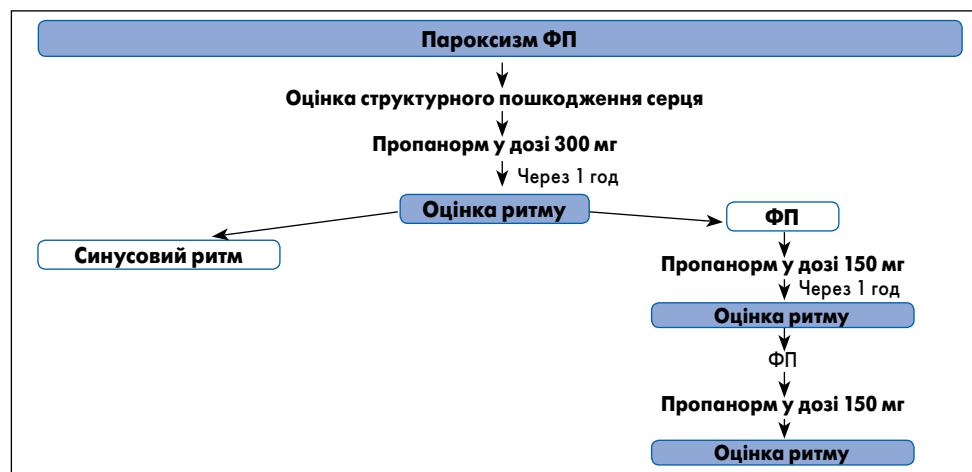


Рис. 3. Схема застосування Пропанорму «таблетка в кишені»

## ДАЙДЖЕСТ

# КАРДІОЛОГІЯ

### Вперше в Україні проведено ендоваскулярну операцію за допомогою технології віртуальної реальності

Вперше в Україні у клінічній лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова (КЛШМДЛ) було проведено ендоваскулярну операцію з передопераційним моделюванням за допомогою методики віртуальної реальності.

Як розповів дитячий кардіохірург **Володимир Федорович Петров**, першою пацієнткою, котрій було виконано дану процедуру, стала 12-річна дівчинка із коарктацією аорти – вадою, за якої наявне звуження просвіту аорти. Анатомія цього захворювання буває різною (розмір звуження, відділ аорти тощо), тому підхід до лікування має бути максимально індивідуалізованим. Зазвичай коарктація аорти зумовлює наступну проблему: у верхній половині тіла артеріальний тиск значно підвищений, а у нижній, навпаки, знижений. У дівчинки спостерігалися епізоди, коли артеріальний тиск сягав 170 мм рт. ст.

За даної патології антигіпертензивна фармакотерапія не діє, оскільки проблема полягає не у неправильно підібраних препаратах, а в анатомічних особливостях. Тому єдиним способом лікування є усунення звуження просвіту судини.

Класичний підхід передбачає резекцію звуженої ділянки аорти з наступним відновленням судини. Цей спосіб лікування – подекуди єдиний із можливих, але досить травматичний. За словами пана Володимира, їхня команда лікарів обрала інший шлях. На етапі діагностики вони провели дитині комп'ютерну томографію (КТ) аорти. На підставі даних КТ за допомогою набору віртуальної реальності було створено віртуальну модель аорти пацієнтки, зокрема ділянки звуження.

Таку модель можна розглянути з усіх можливих ракурсів. Власне завдяки такому детальному аналізу фахівці зрозуміли, що у цьому разі оптимальним методом корекції вади буде встановлення ендоваскулярного стента. Завдяки віртуальній моделі аорти їм вдалося індивідуально підібрати стент відповідної довжини і діаметра та шляхом малоінвазивної процедури усунути ваду без жодних ускладнень.

У чому перевага застосування технології віртуальної реальності у медицині? Лікар може детально і всебічно вивчити проблему із мінімальним залученням пацієнта. За допомогою цієї методики є нагода вже сьогодні суттєво підвищити якість і ефективність, хірургічного лікування, зокрема, вроджених вад серця і судин. Це безпечний, зручний і максимально інформативний хірургічний варіант ендоваскулярних втручань індивідуально для кожного пацієнта.

### Застосування статинів асоційоване з нижчим ризиком розвитку раку та пов'язаною з ним смертністю у пацієнтів із серцевою недостатністю

Відомо, що у пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) наявний підвищений ризик розвитку раку. Проте даних, що стосуються асоціації приймання статинів із ризиком раку та смертністю від онкологічних захворювань серед осіб із СН, на сьогодні недостатньо.

У дослідженні Q.-W. Ren et al. взяли участь 87102 пацієнти із СН, які були включені до попередньо затвердженого реєстру клінічних даних щодо використання статинів із 2003 по 2015 рр. Для збалансування базових коваріат застосовували зворотну ймовірність зважування лікування між хворими, які не отримували статини ( $n=50926$ ), та тими, хто їх приймав ( $n=36176$ ). Серед усіх суб'єктів, які відповідали вимогам включення, середній вік становив  $76,5 \pm 12,8$  року, 47,8% учасників були чоловічої статі.

Конкурувальну регресію ризику за моделями пропорційної небезпеки Кокса використовували для оцінки ймовірності розвитку раку та смертності від нього на тлі статинотерапії. За медіану спостереження 4,1 року (міжквартильний діапазон – 1,6-6,8) у 11052 учасників дослідження (12,7%) було діагностовано рак.

Лікування статинами асоціювалося з нижчим ризиком захворюваності на рак на 16%: багатоваріантне скореговане співвідношення ризику перерозподілу (СРП) становило 0,84; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,80-0,89. Ця зворотна кореляція з ймовірністю розвитку злоякісного процесу залежала від тривалості застосування препаратів. Так, порівняно з короткочасною статинотерапією (від 3 місяців до <2 років) скореговане СРП було 0,99 (95% ДІ, 0,87-1,13) при використанні від 2 до <4 років; 0,82 (95% ДІ 0,70-0,97) – від 4 до <6 років та 0,78 (95% ДІ 0,65-0,93) – 6 і більше років. Десятирічна смертність від раку становила 3,8% серед пацієнтів, які отримували статини, та 5,2% тих, хто не приймав препарати даної групи: абсолютна різниця ризику –1,4% (95% ДІ від –1,6 до –1,2%); скореговане СРП – 0,74; 95% ДІ 0,67-0,81).

Таким чином, результати дослідження продемонстрували, що застосування статинів асоційоване із суттєво нижчим ризиком розвитку раку та смертності від онкологічних захворювань у хворих на СН. Така кореляція значною мірою залежить від тривалості статинотерапії.

За матеріалами [www.academic.oup.com](http://www.academic.oup.com)