

# Особенности лечения фибрилляции предсердий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной систолической функцией

Окончание. Начало в № 17/1.

## Стационарный этап

### Задачи стационарного этапа

1. Лечение осложнений, связанных с тахикардией (уменьшение признаков сердечной недостаточности и ишемии миокарда, если они имели место).

2. Решение вопроса о целесообразности восстановления синусового ритма для каждого пациента индивидуально (табл. 5).

3. Подбор адекватной (возможно комбинированной) антиаритмической терапии (ААТ) для удержания синусового ритма.

А. Пациенты с бессимптомными пароксизмами ФП (по результатам холтеровского мониторинга (ХМ) ЭКГ).

Комментарий: роль ААТ в профилактике рецидивов пароксизмов ФП достоверно не определена, но рекомендуется постоянный прием антитромботической терапии.

В. Пациенты с эпизодами ФП, сопровождающейся клинической симптоматикой, но реже 1 раза в 3 мес.

Комментарий: купирование приступа ФП или контроль ЧЖС (табл. 5).

С. Пациенты с приступами ФП и клинической симптоматикой, но чаще 1 раза в 3 мес.

контролировать состояние органов-мишеней препарата.

При выборе препарата (рис. 6) необходимо учитывать основное заболевание, которое явилось причиной ФП, а также его течение и осложнения, связанные с ним (интервал QT до назначения ААТ, нарушения внутрисердечной проводимости, функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) и др.).

1. Если ФП возникла у больных без патологии сердца или с его минимальными структурными изменениями (например, пролапс митрального клапана, вегетативно-дисовариальная кардиомиопатия и др.), то профилактическую ААТ следует начинать с антиаритмика 1С класса пропранорм (препарат Пропанорм®).

2. Если ААТ не предотвращает рецидивы ФП и/или его использование сопровождается побочными эффектами, можно применить амиодарон или комбинированную ААТ либо обсудить вопрос о хирургическом лечении тахикардии.

3. Лечение фибрилляции и трепетания предсердий у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и застойной сердечной недостаточностью (СН), как правило, ограничивается использованием амиодарона.

4. Артериальная гипертензия (АГ), приводящая к гипертрофии миокарда ЛЖ, увеличивает риск развития полиморфной желудочковой тахикардии типа пируэт (torsades de pointes). В связи с этим для предупреждения рецидивов ФП отдается предпочтение ААТ 1С класса, в частности препарату Пропанорм®,

Таблица 5. Обстоятельства, которые следует учитывать при решении вопроса о целесообразности восстановления синусового ритма

Восстановление ритма и назначение ААТ	Сохранение ФП и контроль ЧЖС
Симптомы ХСН или слабость нарастают в отсутствии синусового ритма	Отсутствие ухудшения симптоматики на фоне ФП, если ЧЖС контролируется
Гипертрофия или выраженное нарушение функции ЛЖ	Нормальная или почти нормальная функция ЛЖ
Размер ЛП менее 50 мм	Размер ЛП более 50 мм
Длительность ФП менее 1 года	Длительность ФП более 1 года
Молодые активные больные	Пожилые малоактивные пациенты
Наличие пароксизмальной ФП	Стойкая ФП
Противопоказания для длительной ААТ	Отсутствие противопоказаний к назначению антикоагулянтов Невозможность удерживать синусовый ритм, несмотря на кардиоверсию и адекватную ААТ

Примечание: ААТ – антиаритмический препарат, ААТ – антикоагулянтная терапия, ЛП – левое предсердие, ЛЖ – левый желудочек, ЧЖС – частота желудочковых сокращений, ФП – фибрилляция предсердий.

4. Подготовка больного к плановой электрической кардиоверсии.

При решении вопроса о восстановлении синусового ритма необходимо взвешивать все «за» и «против», учитывая критерии, представленные в таблице. В основном, при невосстановленном синусовом ритме в стационаре осуществляется контроль ЧЖС с помощью лекарственных средств.

Если у пациента восстановился синусовый ритм, либо он госпитализирован в стационар с таковым, то при выборе ААТ рекомендуется действовать согласно следующим алгоритмам.

### Алгоритм действий для выбора стратегии профилактической ААТ при ФП

**Группа I:** Пациенты с первым или впервые выявленным пароксизмом ФП:

А. У пациента произошло спонтанное восстановление синусового ритма.

В. Пароксизм ФП купирован с помощью фармакологической или электрической кардиоверсии.

Комментарий: вероятность рецидива ФП не известна.

#### Длительная ААТ не оправдана

• Таким пациентам на 1 мес назначается ААТ с целью удержания синусового ритма.

• На 1 мес назначается антитромботический препарат при условии отсутствия факторов риска тромбоэмболии, о которых будет сказано ниже. Если риск тромбоэмболических осложнений высокий или средний, то применение непрямого антикоагулянта (варфарин) длится пожизненно.

**Группа II:** Пациенты с рецидивирующими пароксизмами ФП (без предшествующей ААТ):

Комментарий: оправдано длительное назначение ААТ для профилактики пароксизмов ФП, антикоагулянтов или рассматривается целесообразность хирургического лечения.

**Группа III:** Пациенты с рецидивирующими пароксизмами ФП и неэффективной ААТ:

А. Пациенты с бессимптомными пароксизмами ФП.

Комментарий: попытка подбора более эффективных ААТ (проводятся клинические исследования), назначаются антикоагулянты, возможно хирургическое лечение.

В. Пациенты с пароксизмами и клинической симптоматикой во время ФП, но реже 1 раза в 3 мес.

Комментарий: попытка подбора ААТ, антитромботическая терапия, целесообразно хирургическое лечение.

С. Пациенты с пароксизмами ФП чаще 1 раза в 3 мес, сопровождающиеся клинической симптоматикой.

Комментарий: необходимо хирургическое лечение, антитромботическая терапия. При невозможности хирургического лечения – контроль ЧЖС.

### Какими препаратами лучше всего удерживать синусовый ритм?

Метаанализ 35 рандомизированных исследований с использованием восьми ААТ показал, что наибольшую эффективность для профилактики пароксизмов ФП имеют амиодарон, соталол и пропранорм. При длительном назначении указанных лекарственных средств следует помнить о побочных эффектах (особенно при терапии амиодароном) и наряду с регулярным ЭКГ-мониторированием

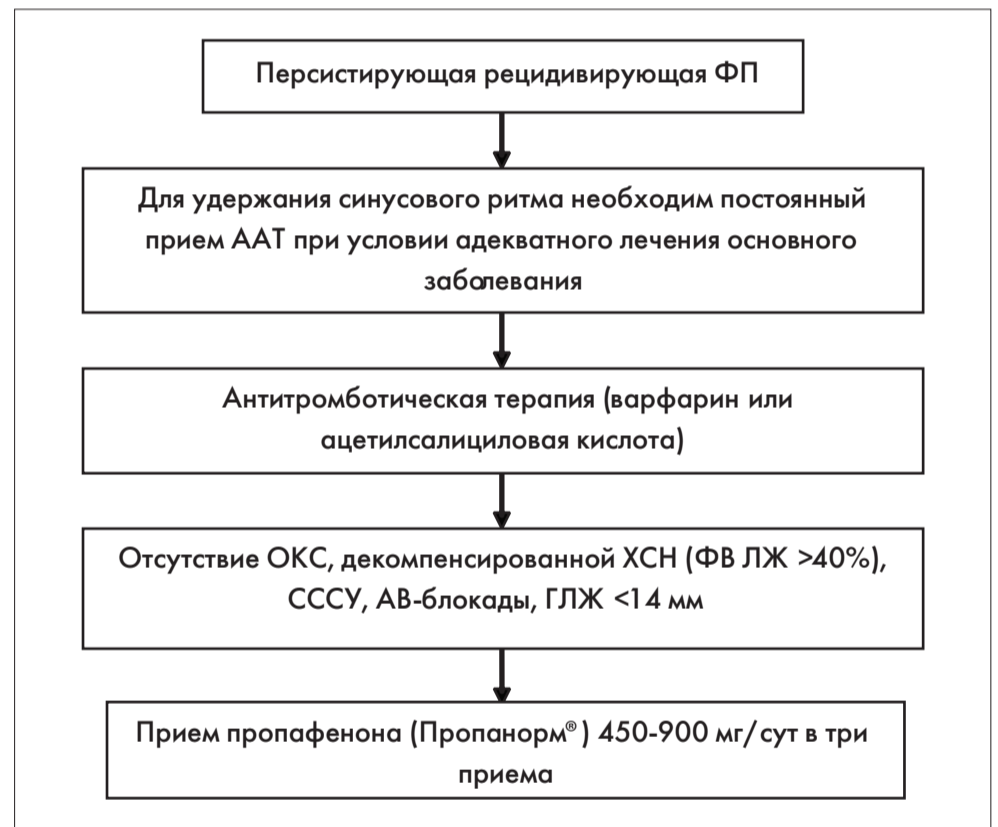


Рис. 6. Алгоритм назначения пропранорма (Пропанорм®) при рецидивирующей ФП (ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation, 2006)

ОКС – острый коронарный синдром, ФВ – фракция выброса, СССУ – синдром слабости синусового узла, АВ-блокада – атриовентрикулярная блокада, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка

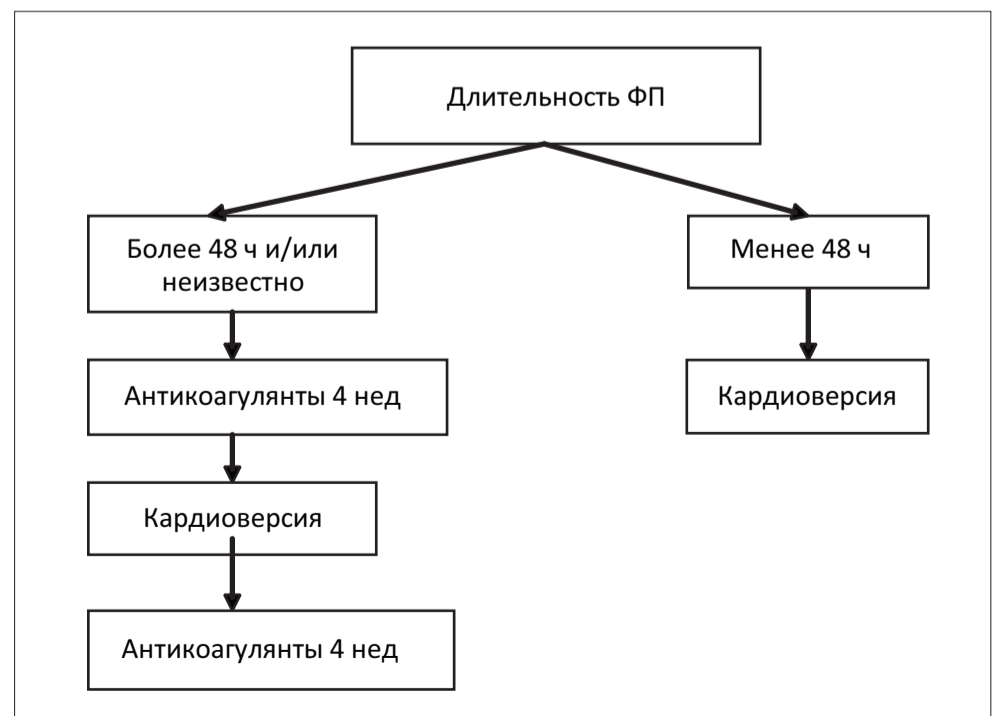


Рис. 7. Антитромботическая терапия на стационарном этапе



О.Н. Миллер

7. Данный подход имеет как позитивные стороны – снижение риска кровотечений и времени лечения, так и потенциально негативные – тенденция к повышению смертности (2,4% против 1%,  $p=0,06$ ) и, возможно, более высокий риск тромбоэмболий, по данным метаанализа ранних исследований ускоренной кардиоверсии (E. Moreyra et al., 1995). Поэтому ранняя кардиоверсия пока не может быть рекомендована для широкого применения (ICSI, 2007).

Для решения вопроса (табл. 6, 7) о длительности антитромботической терапии врачу необходимо оценить риск инсульта и/или транзиторной ишемической атаки (ТИА) у больных с неревматической природой ФП согласно шкале CHADS (Cardiac failure – сердечная недостаточность, Hypertension – артериальная гипертензия, Age – возраст, Diabetes – диабет и Stroke/TIA – инсульт или ТИА).

Врачу необходимо оценить все факторы риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП и принять правильное решение по применению прямых антикоагулянтов или дезагрегантов (табл. 8).

Если медикаментозно в стационаре не удалось восстановить синусовый ритм, но есть обстоятельства в пользу проведения плановой электрической кардиоверсии, то:

1. Пациент выписывается из клиники с последующим наблюдением участкового терапевта или кардиолога.

2. Продолжается лечение основного заболевания и назначается ААП для контроля за ЧЖС.

3. Продолжается начатое в стационаре лечение варфарином в течение 3-4 недель (МНО в пределах 2,0-3,0) до проведения кардиоверсии и 4 нед после ее проведения.

4. Перед проведением плановой электрической кардиоверсии или электроимпульсная терапия (ЭИТ), обязательное исследование ЧП ЭхоКГ.

#### Что делать, если пациент пришел к терапевту и давность ФП неизвестна?

1. Если существуют обстоятельства в пользу восстановления синусового ритма, то планировать проведение плановой электрической кардиоверсии.

2. Обязательное проведение исследования ЧП ЭхоКГ.

3. Назначается ААП для контроля за ЧЖС и лечится основное заболевание (целевые уровни артериального давления (АД), стабилизация ФК стенокардии или ХСН и др.).

4. Назначается варфарин в течение 3-4 нед (МНО в пределах 2,0-3,0) до проведения кардиоверсии и 4 нед после ее проведения.

#### Когда можно проводить ЭИТ, если ФП длится более 48 ч?

1. При условии отсутствия тромбов, по данным ЧП ЭхоКГ.

2. В случае экстренной кардиоверсии (нестабильная гемодинамика).

3. Болюсом вводится гепарин в дозе 5-10 тыс. ЕД с последующим его введением в дозе, необходимой для удлинения АЧТВ в 1,5-2 раза от контрольных значений (в норме 25-42 сек).

4. После восстановления ритма на 3-4 нед назначают варфарин (МНО 2,0-3,0).

#### Когда можно проводить ЭИТ без ЧП ЭхоКГ?

1. Если ФП длится менее 48 ч и нет факторов риска развития тромбоэмболических осложнений.

2. Внутривенно болюсом вводится гепарин в дозе 5-10 тыс. ЕД с последующим его введением в дозе, необходимой для удлинения АЧТВ в 1,5-2 раза от контрольных значений (в норме 25-42 сек).

3. После восстановления ритма на 3-4 нед назначают варфарин (МНО 2,0-3,0).

#### Рекомендации по антитромботической терапии при трепетании предсердий (ТП) и ИБС

1. Антитромботическая терапия при ТП, как правило, такая же, как при ФП.

Таблица 9. Поддерживающие дозы ААП

Препарат	Суточная доза	Побочные эффекты
Амиодарон	100-400 мг	Фотосенсибилизация, легочная токсичность, полинейропатия, расстройства ЖКТ, брадикардия, torsade de pointes, печеночная токсичность, дисфункция щитовидной железы
Пропафенон (Пропанорм®)	450-900 мг	Желудочковая тахикардия, застойная сердечная недостаточность, усиление АВ-узлового проведения (переход в трепетание предсердий)
Новокаинамид	1000-4000 мг	Torsade de pointes, люпус-синдром, расстройства ЖКТ
Соталол	240-320 мг	Torsade de pointes, застойная сердечная недостаточность, брадикардия, обострение обструктивных или бронхоспастических легочных заболеваний
Хинидин	600-1500 мг	Torsade de pointes, расстройства ЖКТ, усиление АВ-узлового проведения

Примечание: ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, АВ – атрио-вентрикулярный.

2. Выбор антитромботического препарата по одним и тем же критериям независимо от типа ТП.

3. Лечить больных ИБС непрямыми антикоагулянтами на основе тех же критериев, которые используются у больных без ИБС.

Довольно часто задается вопрос о том, как поступить с пациентом, имеющим постоянную ФП, которому планируется хирургическое вмешательство по поводу ИБС.

#### Проведение операций на коронарных артериях у больных ИБС и ФП

1. Специальных клинических исследований по этим пациентам не проводилось.

2. При чрескожных вмешательствах на коронарных артериях обычно приходится прерывать антикоагулянтную терапию или снижать ее интенсивность.

3. Отменить варфарин за 1 нед до операции.

4. После операции на коронарных артериях назначается клопидогрел, обеспечивающий проходимость коронарных артерий.

5. Присоединение АСК к варфарину повышает в большей степени риск, чем пользу.

6. При сохраняющейся ФП лечение варфарином следует возобновить как можно быстрее.

7. Используется клопидогрел 75 мг/сут + варфарин (МНО 2,0-3,0) в течение 9-12 мес.

8. В последующем может быть продолжена монотерапия варфарином.

#### Амбулаторный этап

Перед участковым терапевтом и/или кардиологом могут стоять несколько задач по ведению пациентов с ФП на амбулаторном этапе:

1. Прежде всего, это лечение основного заболевания, явившегося причиной ФП.

2. Удержание синусового ритма как можно дольше.

3. Контроль ЧЖС при постоянной форме ФП.

4. Активно пользоваться критериями обстоятельств в решении вопроса о восстановлении синусового ритма.

5. Соблюдать преемственность в рекомендациях, которые были даны в стационаре (например, принятое решение

Таблица 8. Показания для назначения антитромботических препаратов при ФП (АСК/АНА/ЕСС, 2006)
Антикоагулянты (варфарин) при наличии любого фактора высокого риска, к которым относятся:
• тромбоэмболии в анамнезе (инсульт, ТИА)
• митральный стеноз
• искусственные клапаны сердца
Или $\geq 1$ фактора умеренного риска, к которым относятся:
• систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ $\leq 35\%$ )
• ХСН
• АГ
• возраст $\geq 75$ лет
• сахарный диабет
• АСК в дозе 81-325 мг/сут
• нет факторов риска
• 1 фактор умеренного риска

существенно не влияющим на продолжительность реполяризации и интервала QT.

Алгоритм фармакотерапии при ФП и АГ представляется следующим: если гипертрофия миокарда ЛЖ  $\geq 1,4$  см, то использовать амиодарон; если гипертрофия миокарда ЛЖ нет или она менее 1,4 см, то начинать лечение с пропафенона (Пропанорм®), а при его неэффективности использовать амиодарон или соталол.

#### Тактика антикоагулянтной терапии на стационарном этапе (рис. 7):

1. Если больной поступает в стационар с некупированным пароксизмом ФП, то вводится нефракционированный гепарин 5-10 тыс. ЕД с последующим его введением в дозе, достаточной для увеличения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в 1,5-2 раза по сравнению с контролем.

2. Параллельно назначается варфарин (стартовая доза 5 мг/сут) под контролем международного нормализованного отношения (МНО).

3. Одновременное применение гепарина и варфарина обычно составляет четверо суток.

4. Как только МНО достигнет уровня 2,0-3,0 (целевое – 2,5), гепарин отменяют и продолжают монотерапию варфарином в течение 3-4 нед до кардиоверсии.

5. При ФП рекомендуется проводить чреспищеводную ЭхоКГ (ЧП ЭхоКГ), поскольку в 98% случаев определяются тромбы в предсердиях (при обычной ЭхоКГ – в 50%).

6. При ФП длительностью  $>48$  ч и отсутствии предсердных тромбов по данным ЧП ЭхоКГ возможна ранняя кардиоверсия без предварительной 3-недельной антикоагулянтной терапии (ACUTE I). В этом случае пациентам назначается либо внутривенная инфузия гепарина, добиваясь увеличения АЧТВ в 1,5-2 раза (50-70 сек), либо подкожно вводится низкомолекулярный гепарин (например, эноксапарин 1 мг/кг 2 раза) и проводится кардиоверсия.

Таблица 6. Риск инсульта у больных с неревматической ФП, не получающих лечение антикоагулянтами (индекс CHADS)

Критерий	Баллы
• Инсульт, ТИА в анамнезе	2
• Возраст $>75$ лет	1
• АГ	1
• Сахарный диабет	1
• Сердечная недостаточность	1

Примечание: баллы суммируются, рассчитывается ежегодный риск инсульта и выбирается тактика профилактики тромбоэмболических осложнений.

Таблица 7. Шкала CHADS2

Количество баллов по CHADS2	Степень риска	Ежегодная частота инсультов, %	Антитромботическая терапия и значения МНО
0	Низкая	1,0	АСК 81-325 мг/сут
1	Умеренно низкая	1,5	АСК или Варфарин (МНО 2,0-3,0)
2	Средняя	2,5	Варфарин (МНО 2,0-3,0)
3	Высокая	5,0	Варфарин (МНО 2,0-3,0)
$\geq 4$	Очень высокая	7,0	

о восстановлении синусового ритма с помощью плановой электрической кардиоверсии).

6. Использовать алгоритмы по тактике и длительности применения ААП и возможностях хирургического лечения больных (табл. 9).

Еще раз напоминаем, что ЧЖС считается контролируемой, когда она варьирует между 60 и 80 ударами в минуту в состоянии покоя и 90-110 ударов в минуту при умеренной ФП.

#### Комментарии по длительному применению амиодарона для удержания синусового ритма

В рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) по диагностике и лечению ХСН и нарушений ритма (2007) говорится:

– амиодарон может снижать риск внезапной сердечной смерти (ВСС) у декомпенсированных больных с желудочковыми аритмиями, в то время как риск общей смертности достоверно не меняется (В);

– эффект амиодарона проявляется максимально лишь при сочетании с  $\beta$ -адреноблокаторами (В);

– у больных с выраженной ХСН (III-IV ФК) применение амиодарона ассоциируется с достоверным ухудшением прогноза, поэтому его использование в этих случаях противопоказано (А);

– максимальное проявление неэффективности терапии амиодароном отмечается у пациентов с синусовым ритмом.

Если вы решили назначить больному на длительное время амиодарон, то необходимо осуществлять мониторинг тиреоидной функции (до начала применения препарата):

1. Определение тиреотропного гормона (ТТГ).

2. Определение свободного тироксина ( $T_{4cb}$ ) при измененном уровне ТТГ.

3. УЗИ щитовидной железы.

4. Определение уровня антител к тиреоидной пероксидазе.

5. Если нет противопоказаний к амиодарону – повторное исследование через 3 мес от начала терапии, затем 2 раза в год.

Продолжение на стр. 32.

О.Н. Миллер, д.м.н., профессор кафедры неотложных состояний факультета усовершенствования врачей Новосибирского государственного медицинского университета, Россия

## Особенности лечения фибрилляции предсердий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной систолической функцией

Продолжение. Начало на стр. 30.

**Нежелательные эффекты амиодарона (общая частота нежелательных эффектов составляет от 17 до 52%):**

1. Фотодерматоз (8-10%).
2. Пигментная кератопатия (91-100%).
3. Пневмонит (2-17%).
4. Повышение уровня печеночных трансаминаз с развитием амиодарон-ассоциированного гепатита (4-25%).
5. Расстройства со стороны ЖКТ (5%).
6. Неврологическая симптоматика (20-40%).
7. Брадикардия (1%).
8. Проаритмогенный (желудочковая тахикардия типа «пируэт») – 0,3%.
9. Нарушение функции щитовидной железы (2-24%).

Врачам необходимо помнить и знать, что при лечении амиодароном возможно возникновение ассоциированных состояний, обусловленных длительным применением препарата.

### Амиодарон-ассоциированный гепатит

1. Амиодарон – препарат, хорошо зарекомендовавший себя в лечении резистентных тахикардий у пациентов пожилого возраста, однако его назначение ограничено в связи с возможностью токсического действия на печень, легкие, щитовидную железу.

2. Препарат накапливается в лизосомах, где образует комплексные соединения с фосфолипидами и подавляет действие лизосомальных фосфолипаз.

3. Следует отметить, что гепатотоксичность – редкое побочное действие амиодарона. Бессимптомное повышение уровня сывороточных трансаминаз отмечается приблизительно у 25% пациентов, однако развитие тяжелых повреждений печени, по данным литературы, регистрируют только у 1-3%.

4. Хотя повреждение печени в большинстве случаев является обратимым и регрессирует после отмены препарата, описаны случаи развития цирроза и даже фульминантной печеночной недостаточности.

5. Поиск причины повреждения печени может быть значительно затруднен, так как клиническая и гистологическая манифестация гепатотоксичности амиодарона осложняется сосуществованием «застойной печени» на фоне сердечной патологии или алкогольной болезни печени у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

6. Профессор В.Т. Ивашкин с соавт. продемонстрировали случай развития тяжелого поражения печени у пациентки пожилого возраста на фоне длительного приема амиодарона и тактику ведения больной.

### Амиодарон-ассоциированный тиреотоксикоз

1. Наиболее часто встречается в йоддефицитных регионах.

2. Преимущественно у мужчин.
3. Может развиваться даже через несколько месяцев после отмены препарата.
4. Снижение уровня ТТГ, повышение  $T_4$ ,  $T_3$  (при субклиническом варианте –  $T_4$  и  $T_3$  в норме) + клинические проявления заболевания.
5. Потеря антиаритмической активности амиодарона.

6. Лечение: тирозол, мерказолил 40-80 мг/сут или пропацил 400-800 мг/сут.

7. При развитии деструктивного тиреоидита – преднизолон 30-40 мг/сут (хирургическое лечение, плазмаферез).

### Амиодарон-ассоциированный гипотиреоз

1. Наиболее часто встречается у лиц с аутоиммунным тиреоидитом (до 71%).

2. Преимущественно у женщин и пожилых людей.

3. Повышение уровня ТТГ, снижение  $T_4$ ,  $T_3$  (либо в норме) + клинические проявления заболевания.

4. Часто наблюдается депрессия и ухудшение липидного спектра.
5. Нет потери антиаритмической активности амиодарона.
6. Лечение: L-тироксин 6,25-12,5-25 мг/сут (увеличение дозы с интервалом 2 нед).
7. Контроль липидного спектра.

### Какой должна быть тактика терапевта при ФП и заболеваниях щитовидной железы?

1. Если ФП протекает без выраженных нарушений показателей гемодинамики, сохранена систолическая функция ЛЖ (ФВ >40%), отсутствует постинфарктная кардиомиопатия и имеет место патология щитовидной железы, то с профилактической целью назначается пропafenон (Пропанорм®).

2. Если причиной ФП является АГ, ИБС, ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ и др., то пропafenон (Пропанорм®) назначается в комбинации с традиционной медикаментозной терапией, в том числе с  $\beta$ -адреноблокаторами.

3. Поддерживающая доза пропafenона (Пропанорм®) 450-900 мг/сут.

4. При тиреотоксикозе антиромботическая терапия варфарином (МНО от 2,0 до 3,0), а при достижении эутиреоидного состояния возможен перевод на АСК в дозе 81-325 мг/сут.

Эффективность и безопасность антиаритмического препарата IC класса пропafenона (Пропанорм®) у пациентов с пароксизмальной или персистирующей формами ФП на фоне ХСН с сохраненной систолической функцией в настоящее время изучается в Российском многоцентровом рандомизированном исследовании ПРОСТОР, инициатором которого выступило ВНОК. Первичная цель исследования – установить, является ли пропafenон безопасным в плане влияния на общую и сердечно-сосудистую смертность, частоту госпитализаций пациентов, а также подтвердить, что пропafenон не уступает амиодарону в профилактике рецидивирующей ФП.

В исследование включались мужчины и женщины в возрасте 30-65 лет с пароксизмальной или персистирующей формами ФП неклапанного генеза, подтвержденной ЭКГ (согласно классификации ACC/AHA/ESC, 2006), страдающие АГ I-III степени и/или ИБС, стабильной стенокардией напряжения I-II ФК, у которых на фоне основного лечения достигались целевые уровни систолического и диастолического АД и стабилизация или снижение ФК стенокардии и ХСН. Пациенты с заболеваниями щитовидной железы (не в группе амиодарона), периферических сосудов, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и сахарным диабетом могли участвовать в исследовании.

Критериями исключения служили:

- острый коронарный синдром или перенесенный инфаркт миокарда;
- брадикардия менее 45 в 1 мин., синдром слабости синусового узла, нарушения атрио-вентрикулярной проводимости, блокада ножек пучка Гиса;
- пороки сердца;
- тяжелые соматические заболевания и другие состояния, которые могли повлиять на результаты исследования;
- ХСН с нарушением систолической функции ЛЖ (ФВ < 50%);
- непереносимость пропafenона;
- другие состояния и факторы (в том числе лабораторные данные), затрудняющие участие в исследовании.

В результате в группу пропafenона было рандомизировано 64 пациента (из них 13 с пароксизмальной формой ФП и 51 с персистирующей), а в группу амиодарона – 27 больных (8 с пароксизмальной ФП и 19 с персистирующей).

На фоне приема антиаритмических препаратов с третьего месяца наблюдения у пациентов отмечена статистически достоверная тенденция (с преимуществом пропafenона) к снижению конечного диастолического размера ЛЖ, которая

Имеются данные о высокой эффективности и хорошей переносимости комбинированной терапии уменьшенными дозами пропafenона, причем допустимой считается комбинация пропafenона с  $\beta$ -адреноблокаторами (биспрололом) и блокаторами кальциевых каналов недигидропиридинового ряда. Комбинация пропafenона с амиодароном также рекомендуется (рис. 8) некоторым больным по индивидуальным показаниям (Ю.А. Бунин и соавт., 2008).

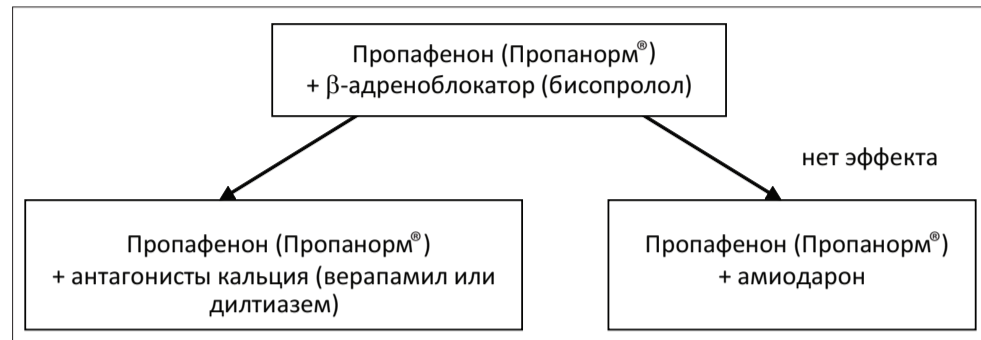


Рис. 8. Тактика комбинированной терапии ФП для удержания синусового ритма

достигла максимума к девятому месяцу терапии. ФВ ЛЖ в течение 9 мес наблюдения демонстрировала тенденцию к росту; улучшилась и диастолическая функция ЛЖ. Значительно и достоверно уменьшилась частота эпизодов ФП согласно дневникам пациентов: в среднем на 79,3% в группе пропafenона и на 74,5% в группе амиодарона, а также суммарная длительность пароксизмов – на 82,2 и 85% соответственно. На фоне этих результатов также отмечено достоверное увеличение толерантности пациентов к физической нагрузке (дистанции 6-минутной ходьбы) как важного показателя качества жизни больных с ХСН и ФП.

Кроме того, в данном исследовании отдельно анализировались результаты монотерапии ААП и их применения в комбинации с  $\beta$ -блокаторами. В группах монотерапии пропafenоном и амиодароном эффективность на девятый месяц терапии составила 56,7 и 28,2% соответственно; в сочетании с  $\beta$ -блокаторами – 66,3 и 67,2% соответственно. Эти результаты схожи с данными других исследователей в том, что эффект амиодарона проявляется максимально лишь при его сочетании с  $\beta$ -блокаторами (S.N. Singh, J. Poole, J. Anderson et al., 2006; Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН, 2007).

По предварительным выводам исследования, пропafenон не ухудшает показатели гемодинамики у пациентов с АГ, ИБС и ХСН с сохраненной систолической функцией, поэтому может использоваться при нарушениях сердечного ритма. Наибольшая антиаритмическая эффективность проявляется при сочетании пропafenона с  $\beta$ -адреноблокаторами.

Таким образом, в тактику комбинированной терапии ФП для удержания синусового ритма у больных ХСН с сохраненной систолической функцией, помимо лечения основного заболевания (ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды), целесообразно включение  $\beta$ -блокатора и пропafenона (препарата Пропанорм®), а при неэффективности возможно комбинирование антиаритмических препаратов.

### Комбинированная ААТ для удержания синусового ритма

Больным с частыми рецидивами аритмии (более одного в месяц) показан длительный, практически постоянный прием ААП. Поэтому такая терапия должна отвечать всем современным требованиям, сочетая в себе высокую эффективность, безопасность, положительное влияние на продолжительность и качество жизни.

При этом есть несколько путей решения проблемы профилактики частых рецидивов ФП: создание новых препаратов; оптимизация лечения уже известными антиаритмическими; применение комбинированной фармакотерапии.

1. Начинать комбинированную терапию желательнее с присоединения пропafenона (препарата Пропанорм®) к  $\beta$ -адреноблокаторам, которые широко используются при лечении АГ, ИБС, ХСН.

2. При разворачивании антиаритмического эффекта пропafenона (2-е или 3-и сутки) доза  $\beta$ -адреноблокатора может быть снижена, так как ААП обладает  $\beta$ -блокирующим действием.

3. Комбинированная терапия пропafenоном и верапамилем возможна при условии отсутствия ХСН (верапамил обладает отрицательным инотропным эффектом).

4. Возможно применение пропafenона в сочетании с амиодароном.

5. Комбинированная ААТ начинается с назначения каждого из препаратов в половине среднесуточной дозы.

6. При отсутствии эффекта можно увеличить дозу каждого из препаратов до 2/3 среднесуточной.

7. При комбинированной терапии у пожилых пациентов используются препараты в половинной дозе.

8. Нельзя забывать, что побочные эффекты ААП усиливаются при применении таковых с сердечными гликозидами, что требует уменьшения дозы каждого из них.

### Ошибки при лечении ФП

1. Ошибки при оказании неотложной помощи больным с нарушениями ритма наиболее часто заключаются в необоснованных, часто настойчивых попытках экстренного восстановления синусового ритма при отсутствии показаний к неотложному лечению аритмий.

2. Экстренное восстановление синусового ритма при пароксизме ФП, развившемся более 48 ч назад, или пароксизме неизвестной давности без проведения полноценной профилактики тромбоэмболических осложнений.

3. Среди нередких ошибок следует упомянуть применение нескольких антиаритмических средств, что увеличивает риск проаритмогенных эффектов.

4. К тяжелым, часто непоправимым последствиям приводит назначение антиаритмических средств при аритмическом шоке или отеке легких, вызванных тахикардией (вместо проведения ЭИТ по абсолютным жизненным показаниям).

5. Наконец, среди особо опасных ошибок следует обратить внимание на назначение сердечных гликозидов (реже – верапамила или  $\beta$ -блокаторов) при ФП у пациентов с синдромом WPW.

Хочется надеяться, что практическая направленность изложенного материала привлечет внимание и будет полезной для широкого круга специалистов, оказывающих экстренную и плановую помощь больным с ФП.

Список литературы находится в редакции.