

Вопросы стратегии антиаритмической терапии при нарушениях ритма сердца

25-26 ноября 2011 года в клинической больнице «Киевский городской центр сердца» состоялась третья научно-практическая конференция «Дни аритмологии в Киеве», в ходе которой обсуждались актуальные вопросы ведения пациентов с различными нарушениями сердечного ритма.

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела аритмий сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины Елена Николаевна Романова посвятила доклад современным стратегиям антиаритмической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в свете новых европейских рекомендаций по ведению таких больных. ФП является самым распространенным нарушением ритма сердца. Частым осложнением ФП являются тромбоэмболии. Кроме того, ФП повышает риск сердечно-сосудистой смерти в два раза, а у части пациентов осложняется развитием тахикардиомиопатий. В связи с этим наличие ФП требует пристального внимания к пациенту со стороны кардиологов. К сожалению, в настоящее время в Украине нет четких данных в отношении распространенности ФП. Согласно данным МЗ Украины за 2010 год этот показатель в среднем составляет 0,14%. В то же время по данным популяционных исследований, проведенных специалистами ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины за период 2005-2011 гг., распространенность ФП в среднем составила не менее 2,4%. Данные, полученные за последние годы в некоторых областях Украины, свидетельствуют, что распространенность ФП растет. Так, в Ивано-Франковской области этот показатель увеличился с 0,6% в 2005 году до 1,0% в 2011.



В новых европейских рекомендациях по ведению пациентов с ФП (2010) в классификацию этого нарушения ритма, помимо пароксизмальной, персистирующей и постоянной форм, включена длительно персистирующая ФП (эпизод, длящийся один год и более), при этом указывается, что все формы ФП могут быть впервые возникшими.

Кроме того, в новом руководстве представлена классификация ФП в зависимости от выраженности симптомов (классификация Европейской ассоциации сердечного ритма – EHRA), которая используется при решении вопроса о выборе тактики ведения пациента.

Наличие высокого кардиоваскулярного риска у всех пациентов с ФП обуславливает необходимость осуществления комплекса лечебных мероприятий, направленных на его снижение и включающих антикоагулянтную терапию и терапию, направленную на контроль ритма или коррекцию частоты сердечных сокращений (ЧСС). В новом руководстве контроль синусового ритма и контроль ЧСС рассматриваются как сопоставимые по влиянию на прогноз и качество

жизни пациентов стратегии, и выбор в пользу одной из них следует делать, тщательно оценив соотношение «польза-риск» у конкретного пациента. Алгоритм выбора стратегии контроля ЧСС или контроля ритма представлен на рисунке 1.

Контроль ЧСС необходим большинству пациентов с ФП. При длительно персистирующей и постоянной форме ФП (кроме случаев выраженной симптоматики и ухудшения сократительной функции миокарда) используется длительный контроль ЧСС. В европейских рекомендациях подчеркивается, что данная тактика должна использоваться в качестве начального подхода у пациентов с ФП пожилого возраста с невыраженной симптоматикой (1 балл по шкале EHRA).

Согласно рекомендациям по длительному контролю ЧСС у пациентов с ФП с предвозбуждением желудочков или у пациентов с ФП в анамнезе предпочтение следует отдавать таким препаратам, как амиодарон (Кордарон) или пропafenон.

Последний применяется у больных без структурных изменений сердца или с минимальными структурными изменениями. При этом следует помнить, что назначение перорального приема пропafenона амбулаторно (стратегия «таблетка в кармане») возможно только у отдельных пациентов с выраженной симптоматикой и нечастыми (не чаще одного раза в месяц) эпизодами ФП и требует проведения скрининга показаний и противопоказаний, а также проверки безопасности применения в условиях стационара.

В новом руководстве по лечению ФП 2010 года введено понятие гибкого и жесткого контроля ЧСС.

На старте лечения рекомендуется применять протокол гибкого контроля ЧСС, направленного на обеспечение поддержания значений этого показателя на уровне меньше 110 уд/мин в состоянии покоя. Протокол жесткого контроля, предусматривающего удержание ЧСС на уровне меньше 80 уд/мин в покое и меньше 110 уд/мин при умеренных физических нагрузках, следует использовать при персистировании симптомов или развитии тахикардиомиопатии на фоне гибкого контроля ЧСС. После достижения целевого уровня ЧСС путем жесткого контроля рекомендуется проведение 24-часового холтеровского мониторинга для оценки безопасности такого лечения (рис. 2).

В случае сохранения симптоматики (≥ 2 баллов по шкале EHRA) или декомпенсации состояния на фоне эффективного контроля ЧСС, а также в ситуациях, когда для больного предпочтительнее контроль ритма, используется стратегия восстановления синусового ритма с применением фармакологической или электрической кардиоверсии. При этом контроль ЧСС необходимо продолжать для обеспечения адекватного контроля частоты желудочковых сокращений

при рецидивах ФП. Стратегия контроля ритма также используется чаще всего при пароксизмальной форме ФП, особенно у симптомных больных без выраженной структурной патологии сердца. Эффективность фармакологической кардиоверсии, осуществляемой с помощью болюсного введения антиаритмических средств, несколько ниже по сравнению с электроимпульсной терапией, однако отсутствие при ее выполнении необходимости в применении седативных средств и общей анестезии является значимым преимуществом для некоторых больных.

Из препаратов, зарегистрированных в Украине, для фармакологической кардиоверсии могут применяться пропafenон и амиодарон (Кордарон). Эффективность амиодарона, который в сохранении синусового ритма имеет значительные преимущества по сравнению с пропafenоном, соталолом и этацизином, составляет 80-90% в течение 24 ч при проведении фармакологической кардиоверсии. Амиодарон (рекомендуемая доза – 5 мг/кг внутривенно на протяжении 1 ч) эффективен для лечения больных с частыми симптомными пароксизмами ФП, у которых применение других антиаритмических препаратов оказалось неэффективным.

Пациенты с сердечной недостаточностью (СН) и ФП относятся к особенной категории больных, требующих взвешенного и тщательно продуманного подхода к лечению. В соответствии с современными стандартами лечения бета-адреноблокаторы (БАБ) рекомендованы как препараты первой линии терапии для контроля ЧСС у пациентов с хронической СН и низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ). При необходимости к БАБ следует добавить дигоксин.

У гемодинамически нестабильных больных с острой СН и низкой ФВЛЖ в качестве начальной терапии рекомендован амиодарон.

В случае неэффективности проводимых мероприятий пациентам с персистирующей формой ФП и СН показана деструкция АВ-узла с последующим проведением ресинхронизирующей терапии.

Учитывая, что к основным целям лечения ФП относится не только улучшение качества жизни пациентов, но и уменьшение риска смерти, инсультов и частоты госпитализаций, правильный выбор тактики ведения пациентов является важным условием улучшения их прогноза.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов представил доклад, посвященный лечению желудочковых тахикардий (ЖТ).

– ЖТ – это жизнеугрожающие аритмии, неблагоприятно влияющие на гемодинамику и характеризующиеся высоким риском перехода в трепетание и фибрилляцию желудочков, возникновение которых в свою очередь сопряжено с высоким риском внезапной смерти. ЖТ часто возникают не только у больных с установленными структурными заболеваниями сердца (ишемической болезнью сердца – ИБС, дилатационной кардиомиопатией, СН), но и у пациентов с субклиническими поражениями миокарда (гипертрофической кардиомиопатией, аритмогенной дисплазией правого желудочка – АДПЖ).



Рис. 1. Выбор стратегии контроля частоты сокращений или ритма сердца



Рис. 2. Оптимальный уровень контроля ЧСС

Основанием для начала лечения ЖТ служит наличие выраженных клинических симптомов, обусловивших ее возникновение, а также значимое ухудшение прогноза вследствие возникновения жизнеугрожающей ЖТ, структурных изменений миокарда или наличия электрического заболевания сердца (синдром Бругада, синдром удлиненного интервала QT и др.).

Современными критериями классификации ЖТ являются ее длительность, происхождение (морфологический субстрат) и механизмы возникновения. В зависимости от длительности ЖТ выделяют такие ее формы, как пробежка, нестойкая и стойкая ЖТ. Морфологически различают мономорфную (из свободной стенки либо выходящего тракта левого или правого желудочка, фасцикулярная левожелудочковая) и полиморфную ЖТ («пируэт-тахикардия», веретенообразная, двунаправленная ЖТ). Наиболее частым механизмом возникновения ЖТ является «ри-энтри» (стойкая мономорфная ЖТ у пациентов с ИБС и острым коронарным синдромом – ОКС), кроме того, различают триггерную и автоматическую ЖТ.

Классическим вариантом ЖТ – предиктором внезапной аритмической смерти – является устойчивая мономорфная ЖТ, которая относится к тяжелым и опасным для жизни аритмиям, требующим неотложного купирования и эффективной профилактики пароксизмов. Устойчивая мономорфная ЖТ является основным механизмом внезапной смерти у пациентов с ИБС, и определение наличия и характера морфологического субстрата данной формы ЖТ является крайне важным, поскольку на этой основе строится тактика дальнейшего ведения пациентов.

Среди причин устойчивой ЖТ, помимо указанных выше, выделяется группа генетически детерминированных заболеваний, при которых ЖТ являются основным клиническим проявлением. К таким заболеваниям, в частности, относится АДПЖ – заболевание, характеризующееся частичным или полным прогрессирующим фиброзно-жировым замещением миокарда правого желудочка, развитием различных нарушений ритма сердца и прогрессирующей правожелудочковой недостаточности.

Основанием для подозрения на АДПЖ, которое часто проявляется в юном возрасте, является возникновение многофокусной правожелудочковой экстрасистолии и стойких пароксизмов правожелудочковой тахикардии. ЭКГ-критериями АДПЖ являются: удлинение зубца S ≥ 55 мс (в 95% случаев), удлинение комплекса QRS ≥ 110 мс в правом грудном отведении (в 64% случаев), регистрация эpsilon-волны.

Среди наиболее частых субъективных симптомов при АДПЖ отмечают ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, повышенную утомляемость, головокружения, обмороки.

Для подтверждения диагноза АДПЖ используют ЭхоКГ-исследование и магнитно-резонансную томографию.

Тактика лечения пациентов с АДПЖ предполагает исключение значительных физических нагрузок, которые чаще всего провоцируют возникновение эпизодов ЖТ у таких больных, а также установку внутрисердечного кардиовертера-дефибриллятора (ВКД) с целью вторичной, а также первичной (у лиц высокого риска) профилактики эпизодов нарушения ритма.

Дополнительное значение в лечении АДПЖ имеет проведение антиаритмической терапии с использованием БАБ и антиаритмических препаратов даже у пациентов с имплантированным ВКД.

! Амиодарон (Кордарон) является препаратом выбора из всех доступных в Украине антиаритмиков при лечении пациентов с ЖТ.

На сегодня алгоритм антиаритмической терапии у таких больных с установленным ВКД предполагает добавление амиодарона в дозе 200 мг к БАБ при возникновении рецидива ЖТ (или фибрилляции желудочков), повышение его дозы до 300-400 мг при возникновении повторного рецидива (снижение дозы возможно при отсутствии рецидивов на протяжении 6 мес) и добавление к комбинации БАБ + амиодарон антиаритмического препарата I класса при повторяющихся рецидивах. В случае противопоказаний к назначению амиодарона альтернативой могут служить соталол или дофетилид.

Как для больных с устойчивой мономорфной ЖТ, так и для всех остальных пациентов, имеющих в анамнезе любой другой вариант этого нарушения ритма, основными направлениями ведения являются:

- профилактика ИБС и ОКС;
- адекватное лечение СН;
- осторожность в отношении появления признаков повышения риска возникновения аритмий при проведении ЭКГ-исследования;
- использование БАБ, антиаритмиков (амиодарон – препарат выбора) при возникновении ЖТ;
- установка ВКД пациентам с высоким риском развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной смерти.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



Кордарон®

аміодарон

ЗАДАЄ РИТМ

- Ефективне підтримання синусового ритму
- Надійний контроль ЧСС
- Єдиний ААП, рекомендований для пацієнтів з СН, гіпертрофією ЛШ



UA-AMIO12.01.08

Р.П. МОЗ України № UA/3683/02/01/ від 04.12.2007. Інструкція для медичного застосування препарату Кордарон®. Наказ МОЗ України № 772 від 04.12.2007.
Р.П. МОЗ України № UA/3683/01/01/ від 30.03.2010. Інструкція для медичного застосування препарату Кордарон®. Наказ МОЗ України № 266 від 30.03.2010.
Реклама: лікарський засіб. Відпускається за рецептом. Перед застосуванням препарату обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та ознайомтеся з інструкцією.
Зберігати в недоступному для дітей місці. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, вул. Жиланська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi.ua

SANOFI