

# Лечение сердечных аритмий в различных клинических ситуациях

Пациенты с нарушениями сердечного ритма и показаниями к назначению антиаритмических препаратов (ААП) требуют особого внимания и тщательного контроля в ходе лечения. К ААП сегодня предъявляются высокие требования, и главное из них – оптимальное соотношение эффективности и безопасности применения. Правильный выбор ААП в различных клинических ситуациях – один из наиболее сложных аспектов ведения больных с нарушениями сердечного ритма, что объясняет большой интерес практикующих врачей к вопросам антиаритмической терапии, которые рассматривались в ходе VI научно-практического семинара «Дни аритмологии в Киеве» (21 ноября 2014 г.)

Заведующий кафедрой функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного обучения им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Иосифович Жаринов провел мастер-класс на тему «Персонализированное лечение фибрилляции предсердий».



При терапии фибрилляции предсердий (ФП), как и лечения любого другого заболевания, следует учитывать индивидуальные особенности пациента. В частности, выбор лечения у конкретного больного зависит от наличия факторов риска, сопутствующих заболеваний, симптоматики, электрокардиографической картины (наличия предсердных эктопий, типов ФП, ее графика), данных лабораторного обследования (уровней биомаркеров) и результатов обследований с помощью визуализирующих методов (эхокардиографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга и сердца).

После того как ФП диагностировали, следует начать лечение сопутствующей патологии, подобрать антикоагулянты и решить вопрос о тактике контроля ритма либо частоты сердечных сокращений (ЧСС). Возможности реализации принципа персонализированной терапии были рассмотрены на конкретных клинических случаях. Участники мастер-класса в интерактивном режиме выбирали оптимальную тактику ведения больных.

## Клинический случай 1

При обследовании пациента, 58 лет, в анамнезе у которого артериальная гипертензия (АГ) и редкие пароксизмы ФП, ранее купированные пропранололом, была констатирована трансформация ФП в трепетание предсердий (ТП) со стабильной гемодинамикой и ЧСС 120 в минуту.

Выберите оптимальную тактику ведения этого больного.

**Варианты ответов:** увеличить дозу пропранолола; добавить амиодарон; провести электрическую кардиоверсию; добавить β-адреноблокатор; ввести внутривенно новокаинамид; выполнить катетерную абляцию ТП. Подавляющее большинство слушателей выбрали два немедикаментозных метода: электрическую кардиоверсию и катетерную абляцию.

**Комментарий автора.** Действительно, назначение лекарственной антиаритмической терапии (особенно препаратами IC класса) может спровоцировать у данного пациента формирование проведения 1:1, что чревато тяжелыми клиническими проявлениями: потерей сознания, головокружением на фоне гипотензии и даже остановкой сердца. В то же время использование немедикаментозных методов предупреждает гемодинамически неблагоприятные последствия ТП.

## Клинический случай 2

Пациент, 82 года, впервые предъявил жалобы на одышку и повышенную утомляемость. На электрокардиограмме (ЭКГ) ТП 4:1. Значительные структурные изменения в сердце отсутствуют.

Какое лечение следует назначить этому пациенту?

**Варианты ответов:** β-адреноблокаторы или дигоксин (для контроля ЧСС) + антикоагулянты; амиодарон + антикоагулянты; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) + антикоагулянты; антикоагулянты + катетерная абляция.

Большинство слушателей мастер-класса в данной ситуации предпочли контролировать ЧСС и назначить антикоагулянты.

**Комментарий автора.** Это правильная тактика, поскольку течение ТП мало прогнозируемо и в любой момент может произойти «скачок» проводимости с соответствующим ускорением ритма. Для того чтобы предупредить развитие подобного сценария, пациент нуждается в приеме малых доз β-адреноблокатора либо при наличии артериальной гипотензии – дигоксина или амиодарона. Вариант, предусматривающий проведение катетерной абляции, вероятно, допустим, хотя с учетом возраста больного вряд ли целесообразен.

## Клинический случай 3

Больная, 52 года, обратилась с жалобами на перебои в работе сердца. АГ отсутствует. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ, среднесуточная ЧСС составляет 64 в минуту, зарегистрированы 600 суправентрикулярных экстрасистол и 3 нестойких (длительностью до 15 с) эпизода ФП с максимальной ЧСС до 115 в минуту.

Выберите правильную тактику терапии.

**Варианты ответов:** метопролол; седативные средства; пропранолол; этацизин; амиодарон; антикоагулянты.

Большинство участников выбрали применение метопролола.

**Комментарий автора.** Данный клинический случай является примером, когда ситуация не имеет однозначного решения. Одно можно сказать с уверенностью: назначение антиаритмической терапии в этом случае – тактика бесперспективная. Более того, диагноз ФП можно установить корректно при минимальной длительности эпизода 30 с. Вероятно, приемлемым выходом будет проведение психотерапии, возможно, прием седативных средств.

## Клинический случай 4

Пациент, 64 года, жалуется на появившиеся 1 мес назад одышку и повышенную утомляемость. В анамнезе АГ. На ЭКГ очаговые изменения отсутствуют. При обследовании выявлены ФП, дилатация левых предсердия и желудочка, фракция выброса (ФВ) которого снизилась до 42%. Какой должна быть стратегия лечения?

**Варианты ответов:** лечение сердечной недостаточности (СН) + коронарография + оценка возможности кардиоверсии; контроль ЧСС + антикоагулянты + ингибиторы АПФ/сартаны; контроль ЧСС + антикоагулянты + амиодарон + кардиоверсия; контроль ЧСС + антикоагулянты + кардиоверсия.

По мнению большинства врачей, оптимальной тактикой является лечение СН с проведением коронарографии и оценкой возможности кардиоверсии.

**Комментарий автора.** В этой ситуации правильная тактика сводится к проведению кардиоверсии с последующим назначением амиодарона – именно такой подход выглядит наиболее логичным. Действительно, появление одышки и повышенной утомляемости на фоне сниженной ФВ левого желудочка (ЛЖ) позволяет предположить, что декомпенсация СН обусловлена персистирующим эпизодом ФП. Отсутствие стенокардии, очаговых изменений на ЭКГ и снижения региональной сократимости миокарда делают нецелесообразным проведение коронарографии. Очевидно, больному следует восстановить синусовый ритм, это уменьшит размеры сердца и предупредит формирование тахикардиомиопатии. Важно подчеркнуть, что длительность декомпенсации СН у больного невелика, поэтому срыв синусового ритма в ближайшее время маловероятен. Стойкому его сохранению будет способствовать назначение амиодарона.

## Клинический случай 5

У пациента, история болезни которого описана в клиническом случае 4, через 2 сут после кардиоверсии зарегистрированы одиночная и парная предсердная экстрасистолия, ЧСС 62 в мин, ФВ ЛЖ 45%. В какой антиаритмической терапии нуждается пациент?

**Варианты ответов:** пропранолол; этацизин; амиодарон + пропранолол; амиодарон; ингибиторы АПФ + статины. Подавляющее большинство участников мастер-класса выбрали правильный ответ: продолжение терапии амиодароном.

**Комментарий автора.** Хотя формально после первого пароксизма антиаритмическую терапию можно не назначать, однако наличие у пациента предсердной экстрасистолии указывает на высокий риск рецидивирования ФП. На фоне планового приема амиодарона вероятность рецидива уменьшится. Учитывая то, что у пациента снижена ФВ ЛЖ, никакой иной ААП, кроме амиодарона, ему назначить нельзя. Это следует из обновленных рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC, 2012), в которых обсуждается выбор антиаритмической терапии ФП. Кроме того, больному показаны ингибиторы АПФ, так как пока неизвестно, насколько закономерна обратная динамика систолической дисфункции ЛЖ.

## Клинический случай 6

Больной, 62 года, перенес острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. Ему было выполнено стентирование коронарных сосудов, после которого он стал получать двойную антиагрегантную терапию (аспирин + клопидогрель). Спустя 6 мес у пациента возникла пароксизмальная ФП. Какой должна быть тактика антиаритмической терапии в данной ситуации?

**Варианты ответов:** продолжить прием аспирина и клопидогреля; дабигатран + аспирин; дабигатран + клопидогрель; варфарин + аспирин + клопидогрель; дабигатран + аспирин + клопидогрель; отменить аспирин и клопидогрель, а затем назначить варфарин.

**Комментарий автора.** Как и большинство слушателей мастер-класса, я также склонен к выбору двойной антиагрегантной терапии, т.е. к назначению дабигатрана и клопидогреля. Эта тактика подтверждена результатами рандомизированного клинического исследования WOEST (2013), которое показало, что после чрескожных вмешательств монотерапия клопидогрелем не уступает по эффективности комбинации клопидогреля и аспирина и в то же время обладает лучшим профилем безопасности.

Шагом вперед, облегчающим реализацию стратегии персонализированной терапии, является новая клиническая классификация ФП. В частности, выделяют следующие типы ФП: 1) моногенную – на фоне кардиомиопатий, в том числе каналопатий; 2) фокально-индуцированную – пробежки предсердной тахикардии, а также короткие пароксизмы, нередко манифестные, крупноволновые (у молодых пациентов), трансформирующиеся из предсердной экстрасистолии/тахикардии; 3) послеоперационную – после вмешательств на сердце/легких у пациентов с синусовым ритмом до операции; 4) клапанную – у больных в возрасте <80 лет с митральным стенозом или после операции на митральном клапане; 5) старческую – у лиц в возрасте >80 лет; 6) полигенную – распространенные генетические варианты, характеризующиеся ранним началом ФП; 7) неклассифицированную – при несоответствии заболевания любому из перечисленных критериев.

Выступление заведующей кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного обучения, заслуженного деятеля науки и техники Украины, доктора медицинских наук, профессора Веры Иосифовны Целуйко было посвящено проблеме ФП при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).



Одним из вариантов клинического течения ГКМП является ее манифестация в виде ФП со всеми осложнениями, присущими этой аритмии. В частности, присоединение ФП повышает риск тромбоэмболии (особенно ишемического инсульта), внезапной смерти, СН. Распространенность ФП при ГКМП составляет примерно 25%, что в 4 раза больше, чем в общей популяции. Нередко ФП протекает бессимптомно и обнаруживается случайно во время амбулаторного обследования. Поэтому пациенты с ГКМП, даже если они не предъявляют никаких жалоб, должны ежегодно проходить холтеровское мониторирование ЭКГ.

Четырехлетняя летальность среди больных ГКМП составляет 25-30%. Об этом свидетельствуют, в частности, результаты исследования, проводившегося в клинике Mayo с 1975 по 2012 год (n=3673), которые показали, что летальность у пациентов с ГКМП на протяжении этого периода составляла 29%.

Если пароксизм ФП привел к гемодинамической нестабильности, рекомендуется проведение электрической кардиоверсии. В остальных случаях альтернативным подходом, позволяющим восстановить синусовый ритм, служит использование амиодарона, который пациенты должны принимать и после кардиоверсии (для контроля ритма).

Амиодарон рассматривается как препарат выбора для контроля синусового ритма у пациентов с ГКМП и толщиной стенки (ТС) ЛЖ >14 мм. По сути, это означает, что прием амиодарона имеет преимущества у всех больных ГКМП, поскольку критерием диагностики данного заболевания является гипертрофия ЛЖ >15 мм. Кстати, для того чтобы отдалить предпочтение амиодарону, не нужно учитывать генез гипертрофии ЛЖ. Если ТС ЛЖ >14 мм, то при любой патологии (например, АГ, аортальном пороке и пр.) амиодарон как препарат, удерживающий синусовый ритм, имеет явные преимущества, в том числе по профилю безопасности, перед антиаритмическими средствами I класса.



Руководитель Волынского областного центра кардиоваскулярной патологии, профессор, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Ягенский выступил с докладом «Хронические суправентрикулярные аритмии».



Многофокусная предсердная тахикардия (МФПТ), как правило, служит проявлением тяжелого заболевания сердца или хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) с выраженной гипоксией. МФПТ регистрируется у 0,05-0,38% госпитализированных пациентов обычно старших возрастных групп (65-80 лет) и характеризуется высокой (20-55%) внутрибольничной летальностью, что объясняется тяжестью сердечной патологии. Часто трансформируется в ФП. Диагностические критерии МФПТ: узкие неритмичные комплексы QRS; ЧСС 100-130 в минуту; зубцы Р разной конфигурации ( $\geq 3$ ), располагающиеся перед комплексами QRS; между зубцами отчетливо прослеживается изолиния; интервалы PP и RQ нерегулярные; индукция или купирование тахикардии с помощью стимуляции невозможны. Лечение сводится к терапии основного заболевания, в том числе оксигенации (при ХОЗЛ). Эффективность антагонистов кальция для восстановления ритма составляет 20-50% (при внутривенном введении верапамила). Более эффективны  $\beta$ -адреноблокаторы (до 70%). Однако ни антагонисты кальция, ни  $\beta$ -адреноблокаторы нельзя вводить пациентам с тяжелой систолической дисфункцией ЛЖ. Кроме того,  $\beta$ -адреноблокаторы противопоказаны при бронхообструктивном синдроме. Это объясняет, почему при МФПТ часто отдадут предпочтение амиодарону, эффективность которого также достигает 70%.

Важным вопросом является контроль ЧСС у больных с ФП. Уровень ЧСС у большинства пациентов с постоянной формой ФП следует снижать до 110 уд/мин. Необходимостью выбора мягкой тактики контроля ЧСС объясняется тем, что при ФП систола предсердий отсутствует. Как следствие, исчезает атриальная «надбавка» для ударного объема (примерно 3%), что закономерно приводит к снижению ударного объема. Поэтому повышение ЧСС можно расценивать как отчасти компенсаторную реакцию, которую нет необходимости избыточно подавлять. В ряде исследований было показано, что жесткий контроль ЧСС по сравнению с мягким не имеет никаких преимуществ ни по влиянию на выраженность симптоматики, ни по воздействию на исход. Вместе с тем, потребность в жестком контроле может возникнуть, если у пациента формируется тахикардиомиопатия.

#### Клинический случай

Пациент с дилатационной кардиомиопатией и ФП имеет СН, тяжесть которой соответствует III функциональному классу по NYHA. ЧСС в покое 120-130 в мин. Артериальное давление (АД) 100/80 мм рт. ст. Принимает бисопролол (5 мг/сут) и дигоксин (0,25 мг/сут).

Какой должна быть тактика лекарственного контроля ЧСС?

**Варианты ответа:** увеличить дозу бисопролола (до 10 мг/сут); увеличить дозу дигоксина (до 0,5 мг/сут); увеличить дозу обоих препаратов; добавить верапамил; добавить амиодарон.

Большинство слушателей выбрали использование амиодарона.

**Комментарий автора.** Правильный ответ – добавить амиодарон. Рассмотрим логику этого выбора. Увеличение дозы бисопролола, очевидно, вызовет проблему артериальной гипотензии, поскольку исходный уровень АД у данного пациента достаточно низкий. Повышение дозы дигоксина также нежелательно, так как приведет к существенному возрастанию риска гликозидной интоксикации. Верапамил при систолической дисфункции ЛЖ противопоказан. В такой ситуации для контроля ЧСС следует воспользоваться препаратом резерва амиодароном. Именно в этом случае вполне оправданно его длительное назначение как средства, контролирующего ЧСС при ФП. Другим показанием для приема амиодарона служит ФП на фоне синдрома WPW, при котором ни  $\beta$ -адреноблокаторы, ни сердечные гликозиды, ни верапамил назначать нельзя.

Амиодарон (Кордарон) среди ААП занимает особое место. Разработанный в 1962 г. как антиангинальный препарат, он до настоящего времени остается наиболее часто применяемым ААП для больных как с суправентрикулярными, так и с желудочковыми нарушениями ритма. С использованием амиодарона проведено наибольшее количество клинических исследований, нежели с любым другим ААП. При этом результаты большинства рандомизированных исследований свидетельствуют, что амиодарон является одним из наиболее эффективных ААП в лечении практически всех видов сердечных аритмий.

В клинической практике амиодарон чаще других ААП используется при лечении злокачественных форм желудочковых и наджелудочковых аритмий, сопровождающихся тяжелой клинической симптоматикой и/или угрожающих жизни больного и вместе с тем рефрактерных к терапии обычными ААП. Амиодарон является средством выбора при лечении и профилактике нарушений сердечного ритма у пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, а также у больных с застойной сердечной недостаточностью как препарат, не оказывающий заметного отрицательного инотропного действия на миокард. Длительное применение амиодарона особенно оправданно у больных с желудочковыми тахикардиями и высоким риском внезапной коронарной смерти, включая пациентов с гипертрофической кардиомиопатией. Согласно последним рекомендациям ESC (2012) и Американской ассоциации сердца/Американского колледжа кардиологов/Общества ритма сердца (AHA/ACC/HRS, 2014), среди присутствующих на рынке Украины ААП амиодарон рекомендован как для восстановления, так и для поддержания синусового ритма у пациентов с ФП и органическим поражением сердца. Эти рекомендации, в частности, основаны на результатах исследования ALFA (S. Levy et al., 1999), участники которого более чем в 70% случаев имели органическое поражение сердца.

Таким образом, амиодарон на протяжении многих лет остается востребованным в повседневной клинической практике и препаратом выбора во многих клинических ситуациях.

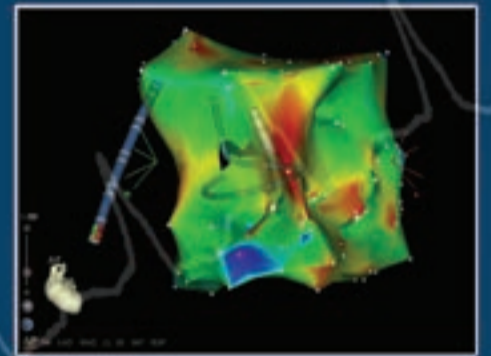


Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація кардіологів України  
Асоціація аритмологів України  
ДУ "Національний науковий центр  
"Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска" НАМНУ



## У науково-практична конференція Асоціації аритмологів України

19-20 травня 2015 року



### Інформаційне повідомлення

#### Місце проведення:

Готель «Русь», м. Київ, вул. Госпітальна, 4

#### Оргкомітет:

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка

М.Д.Стражеска» НАМН України

Телефон для довідок: (044) 249-70-03, 275-66-22

E-mail: stragh@bigmir.net, org-vavilova@yandex.ru

## ІНФОРМАЦІЯ

# Поєднати приємне з корисним запрошує готель-резорт «Озерний край»!



Острівець краси та спокою серед численних озер, райський куточок на Землі серед пахучих оксамитових трав, територія казкового відпочинку – так називають комплекс «Озерний край» місцеві та відвідувачі.

Ця база відпочинку розташована приблизно за 20 км та в 25 хвилинах їзди від м. Львова у мальовничому та затишному містечку Пустомити.

До послуг гостей:

- зручні номери;
- вишукані страви національної та європейської кухні, що здивують навіть найвимогливіших гурманів;
- унікальне поєднання чудових краєвидів, створених природою, та сучасних технологій;
- насичена екскурсійна програма;
- допомога в організації святкових урочистостей та романтичних подій;
- різноманітні дитячі розваги;
- можливість скористатися спортивним майданчиком, сауною, набутти досвіду зимової риболовлі, оволодіти тонкощами більярду та настільного тенісу;
- мінізоопарк.

Готель-резорт «Озерний край» – не лише чудове місце для релаксу, а й прекрасний майданчик для бізнес-спілкування та налагодження ділових стосунків, проведення тренінгів, семінарів, круглих столів, майстер-класів і корпоративних заходів, адже тут наявні конференц-зали різних розмірів, необхідне додаткове обладнання (мультимедійний проектор, екран, DVD-програвач, фліпчарт та ін.), забезпечується якісне обслуговування кавабрейків та фуршетів. Для клієнтів розроблені спеціальні цінові пропозиції та знижки.

Хочете втекти від шаленого ритму мегаполісу? Відпочити з користю для душі та тіла? Владнати поточні робочі справи швидко та ефективно? Отримати європейський сервіс вишого гатунку, не виїжджаючи за межі України? Це можливо!

Відвідайте готель-резорт «Озерний край» та переконайтесь на власні очі!

E-mail: restaurant@o-k.in.ua

ICQ: 685812181

+38 (032) 247-16-20

+38 (067) 341-85-97

Бронювання: reservations@o-k.in.ua

Готель-резорт «Озерний край»

81100, Львівська область,

м. Пустомити, вул. Ставкова, 60