

Сучасні стратегії відновлення і контролю ритму в пацієнтів із фібриляцією передсердь: практичні аспекти в роботі лікаря

За матеріалами XIII Науково-практичної конференції Всеукраїнської асоціації аритмологів України з міжнародною участю (18-19 травня 2023 року)

Фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішим порушенням ритму серця, що трапляється у лікарській практиці. Безпосередньо ФП не загрожує життю, але гострі порушення гемодинаміки внаслідок порушення серцевого ритму, зокрема інсульт та інші тромбоемболічні ускладнення, можуть стати причиною інвалідизації та смерті пацієнтів. Це обґрунтовує важливість активного контролю хвороби, на допомогу якому Європейське товариство кардіологів (ESC, 2020) розробило нові рекомендації з діагностики і лікування ФП.



Власним досвідом і практичними рекомендаціями щодо основних підходів до відновлення та збереження синусового ритму у пацієнтів із ФП поділилась у своїй доповіді під час XIII Науково-практичної конференції Всеукраїнської асоціації аритмологів України з міжнародною участю старша наукова співробітниця ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» (Київ), к.мед.н. Олена Миколаївна Романова.

Як зазначила доповідачка, в останніх рекомендаціях щодо ведення пацієнтів із ФП автори настанови ESC (2020) сформулювали стратегію ABC (*Atrial fibrillation Better Care*) – краща медична допомога в разі ФП), що передбачає такі основні кроки:

A (*Anticoagulation / Avoid stroke*) – антикоагулянтна терапія / запобігання інсульту.

B (*Better symptom management*) – кращий контроль симптомів.

C (*Cardiovascular and Comorbidity optimization*) – оптимізація перебігу серцево-судинних захворювань (ССЗ) і коморбідних станів.

Основна увага лікаря-практика завжди зосереджена на кращому контролі симптомів захворювання.

P. Kirchhof et al. (2020) у багатоцентровому рандомізованому дослідженні продемонстрували, що саме контроль ритму, порівняно зі стратегією контролювання частоти серцевих скорочень, у пацієнтів із ФП і супутніми ССЗ пов'язаний із меншим ризиком смерті від серцево-судинних причин, інсульту або госпіталізації через серцеву недостатність та гострий коронарний синдром.

Відповідно до рекомендацій ESC (2020), контролювання ритму рекомендоване для поліпшення симптомів і якості життя в пацієнтів із ФП (клас рекомендації I, рівень доказів A).

Стратегія контролю ритму спрямована на відновлення й утримання синусового ритму та може поєднувати різні підходи: кардіоверсію (фармакологічну чи електричну), приймання антиаритмічних препаратів (ААП) і катетерну абляцію, що комбінують з антикоагулянтною терапією та кардіоваскулярною профілактикою. Під час оцінювання стану пацієнта насамперед звертають увагу на наявність чи відсутність гемодинамічних порушень і час виникнення епізоду пароксизму.

Для гемодинамічно нестабільних пацієнтів перевагу віддають екстремій електричній кардіоверсії. Зокрема, для підвищення успіху електричної кардіоверсії в окремих пацієнтів із нещодавно виявленою ФП, а також без супутньої тяжкої структурної або ішемічної хвороби серця, необхідно брати до уваги можливість одноразового перорального застосування флекаїніду або пропанорму після оцінювання його

ефективності й безпечності. В амбулаторних пацієнтів із виразною симптоматикою і нечастими пароксизмами ФП (від одного разу на місяць до одного разу на рік) та стабільною гемодинамікою можна застосовувати фармакологічну кардіоверсію, так званий підхід «таблетка в кишені».

Сьогодні одним із препаратів із найвищим класом рекомендацій та рівнем доказовості для кардіоверсії є пропанорм, який забезпечує швидке й безпечно відновлення синусового ритму.

За даними дослідження, проведеного у відділенні аритмології ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» із застосуванням препарату Пропанорм®, у половини пацієнтів (54%) відбулося відновлення ритму через годину після приймання лікарського засобу.



Рис. 1. Ефективність застосування препарату Пропанорм® за даними власного дослідження

Адаптовано за О.С. Сичов, О.М. Романова, 2017.

Як продемонстровано на рисунку 1, через 24 год ефективність застосування препарату

Пропанорм® для відновлення синусового ритму становила 86% (майже у 9 із 10 пацієнтів). За даними іншого дослідження, через 8 год після перорального приймання пропафенону частка успішної кардіоверсії є вищою, ніж у разі застосування флекаїніду (69-78% проти 72% відповідно).

У попередніх рекомендаціях ESC (2010) зазначалось, що пропафенон (450-600 мг) можна безпечно і ефективно застосовувати пацієнтам а амбулаторних умовах. Для цього необхідно виконати скринінг показань і протипоказань і перевірити безпеку стратегії в стаціонарних умовах.

Зокрема, застосовують такі схеми:

- **схема 1** – початкова доза пропафенону становить 300 мг із наступною – 150 мг через годину після початкової та повторною 150 мг через 4-6 год після попередньої, або
- **схема 2** – початкова доза пропафенону становить 150 мг із наступними другою і третьою – 150 мг через рівні проміжки часу по 8 год.

Співробітники ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України» на підставі власного багаторічного досвіду розробили схему застосування пропафенону: початкова доза – 300 мг із наступним прийманням другої та третьої – 150 мг через годину після попередньої.

Як зазначила пані Романова, признаючи довготривалу терапію пропафенон, слід ретельно враховувати показання, протипоказання та можливі побічні ефекти ААП. На рисунку 2 представлено алгоритм вибору пацієнтів із ФП для довгострокового контролювання ритму. Олена Миколаївна навела основні правила призначення ААП для застосування у щоденній практиці лікаря, за схемою, що допомагає визначити, чи всі стандарти лікування основного захворювання, на тлі якого виникла ФП, були застосовані (таблиця).

Порівняно з відсутністю лікування довготривала підтримувальна антиаритмічна терапія подвоює частоту утримання синусового ритму. Як препарат першої лінії пропафенон можна призначати в початкових дозах 150-300 мг тричі на добу.

У деяких випадках може знадобитися підвищення добової дози до максимальної – 900 мг на добу (по 300 мг тричі на добу). Збільшувати дозування препарату слід поступово, з інтервалом 3-4 дні.

Доповідачка наголосила, що пропафенон не варто застосовувати в пацієнтів із тяжкими захворюваннями печінки чи нирок, ішемічною хворобою серця, зниженою функцією викиду лівого шлуночка або астмою.

У разі розширення комплексу QRS >25% проти вихідного, блокади лівої ніжки пучка Гіса й інших блокад >120 мс лікування слід призупинити. Також обережно слід призначати цей препарат за хвороби синусового вузла, атріовентрикулярного вузла та порушення проведення.

Щоб знизити ризики планової антиаритмічної терапії необхідно строго враховувати показання і протипоказання та можливі побічні ефекти ААП, призначати малі пробні дози та підбирати мінімально ефективні лікувальні дози ААП. Якщо є така можливість, слід уникати тривалого безперервного застосування ААП (Forogos, 2009).

ПРОПАНОРМ® — препарат вибору* для швидкого усунення пароксизму та тривалої терапії фібриляції передсердь¹

- ✓ **Безпека при тривалому застосуванні²**
- ⌚ **Швидкість настання ефекту^{3,4}**
- 📦 **Зручність застосування - можливість застосування в стратегії «таблетка в кишені»¹**
- ✓ **Включений у європейські та національні рекомендації¹**

* у хворих без важкої структурної або ішемічної хвороби серця
1. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)
2. Багатоцентрове відкрите рандомізоване проспективне порівняльне дослідження ПРОСТОР
3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Пропанорм.
4. Згідно дії діючих речовин Flecainide, РП №UA/15559/01/02 від 08.07.2021, Amiodarone, РП № UA/1438/02/01 від 15.07.2021

Призначене для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних та фармацевтичних працівників для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.



PRO.MED.CS
Praha a.s.

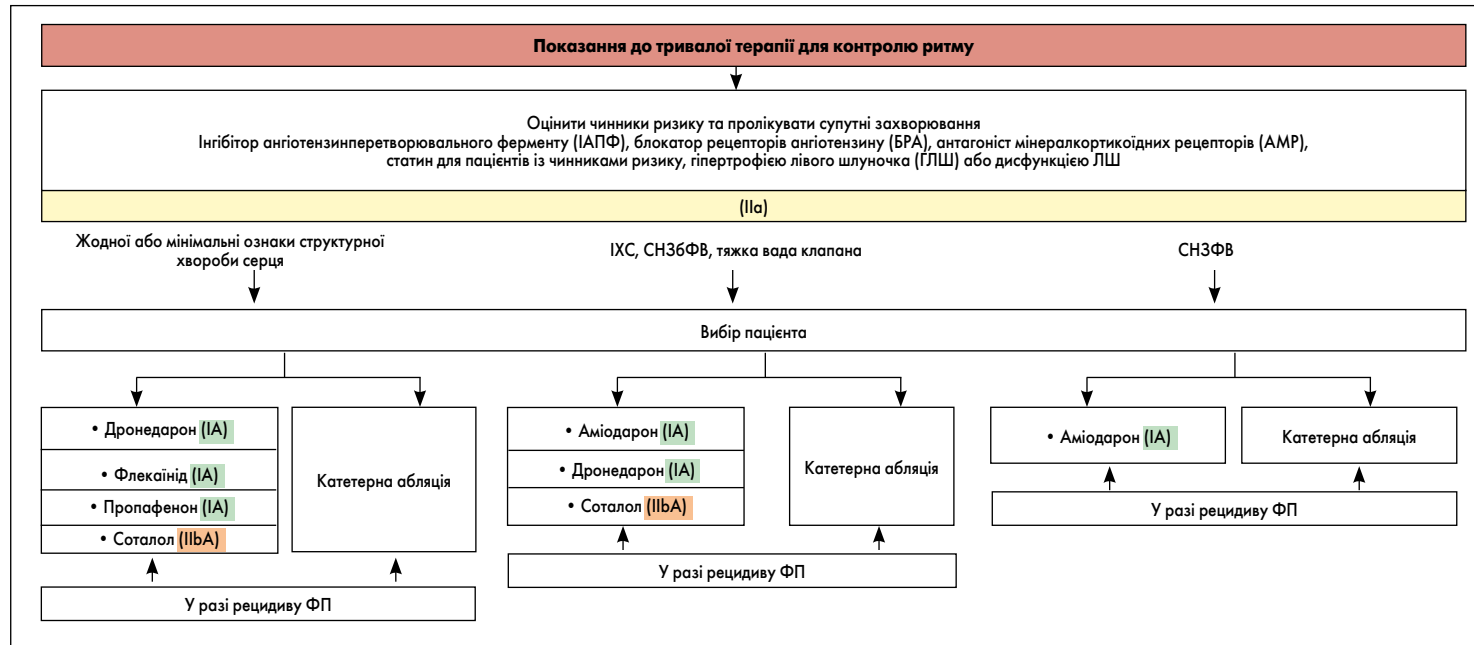


Рис. 2. Тривала терапія для контролювання ритму

Таблиця. Правила призначення ААП

Міркування	Критерії
Показання для ААП	Чи є у пацієнта симптоми? Чи симптоми ФП достатньо важкі (визначити клас ЄАСР), щоб виправдати використання ААП? Чи наявні асоційовані стани, що дають змогу прогнозувати низьку переносимість епізодів ФП?
Коли починати застосовувати ААП?	Зазвичай не при першому епізоді, але це може поліпшити ефект кардіоверсії
Як вибрати препарат серед ААП?	Мінімізувати проаритмогенний ризик і токсичність для органів Оцінити: відхилення від норми на базальній ЕКГ (тривалість інтервалів QRS, PR, відкоригованого QT) та можливого втручання з використанням ААП; вплив на функцію ЛШ; важливі фармакокінетичні та фармакодинамічні втручання (тобто антитромботичних препаратів); проаритмічні чинники ризику, які можуть бути динамічними та змінюватись із часом
Як мінімізувати ризик проаритмії?	Оцінка ЕКГ після лікування; періодичне оцінювання токсичної дії на органи (аміодарон); тривале холтеровське монітування (ХМ) та за окремих випадків тест із фізичним навантаженням; уникати комбінацій ААП
Як перевірити ефективність?	Оцінювання ступеня тяжкості ФП під час терапії. Якщо пацієнт уже приймає ААП і вони були ефективними, але терапію припинили через непереносимість, вибір бажано робити з того самого класу препаратів
Допоміжні втручання та змішана терапія	У пацієнтів із порушеннями передсердно-шлуночкової провідності і/або дисфункцією синусового вузла слід розглянути можливість імплантації електрокардіостимулятора, якщо терапію ААП вважають необхідною. Короткострокова терапія може запобігти раннім рецидивам після абляції ФП

Втрата антиаритмічного ефекту, який супроводжуватиметься почастищенням пароксизмів ФП, подовженням їхньої тривалості та гіршою переносимістю, трансформацією пароксизму в тріпотіння передсердь, браком ефекту застосування тактики «таблетка в кишені», підштовхує лікаря звернути увагу на стан основного захворювання у пацієнта.

Отже, слід відповісти на такі запитання: чи достатньо ефективна антигіпертензивна терапія, чи наявні ішемічні ознаки, чи є загострення супутньої патології, прояви нових захворювань?

За рекомендацією Олени Миколаївни, необхідно повторно оцінити стан пацієнта, виконати лабораторні дослідження та за допомогою тестів визначити психоемоційний стан хворого.

Враховуючи численні докази ефективності пропафенону на протидію побічним ефектам лікування аміодароном у пацієнтів без структурної патології серця, Пропафенон® є препаратом першої лінії антиаритмічної терапії.

Якщо пацієнт уже отримувал аміодарон як ААП, робоча група експертів із порушень ритму серця Всеукраїнської асоціації кардіологів України для переведення пацієнта з аміодарону на пропафенон пропонує:

- скасувати приймання аміодарону;
- призначити пропафенон (150 мг двічі на добу);
- протягом цього періоду до та через 1-2 тижні після призначення виконати ЕКГ або ХМ ЕКГ для оцінювання частоти серцевих скорочень, кількісних і якісних характеристик порушень ритму серця і стану провідної системи;
- через 7-14 днів можна збільшити дозування пропафенону до 150 мг тричі на добу за контролю комплексу QRST на ЕКГ.

Підготувала **Ольга Загора**

ІНФОРМАЦІЯ

НОВИНИ МОЗ

Міністерство охорони здоров'я відповідає на питання українців щодо проходження медико-соціальної експертної комісії

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) нагадує, що на період дії воєнного стану на території України процедура проведення медико-соціальної експертизи значно спрощена – експертиза відбувається за направленням лікарсько-консультативної комісії незалежно від місця реєстрації, проживання чи перебування громадян, які звертаються для встановлення групи інвалідності.

Відповідаємо на найактуальніші питання щодо проходження медико-соціальної експертизи, що надходять на «гарячу лінію» МОЗ України.

Які критерії встановлення інвалідності

Група інвалідності (I, II чи III) встановлюється залежно від того, наскільки порушені функції органів і систем організму людини та обмежена її життєдіяльність. Порушення можуть бути спричинені захворюваннями, бути наслідком травм або вродженими вадами.

I група інвалідності (підгрупи А і Б)

Особи з I групою інвалідності мають найважчий стан здоров'я: вони не здатні до самообслуговування або можуть виконувати лише окремі його елементи, потребують постійного стороннього нагляду/догляду/допомоги.

Критерії встановлення I групи інвалідності – це нездатність до:

- самообслуговування,
- самостійного пересування,
- орієнтації (дезорієнтація),
- спілкування,
- контролювання власної поведінки,
- навчання тощо.

II група інвалідності.

Особи, яким встановлено II групу інвалідності, зазвичай мають значне обмеження життєдіяльності, проте можуть обслуговувати себе самі та не потребують постійного нагляду/догляду або допомоги.

До критеріїв встановлення II групи інвалідності належать значні обмеження:

- самообслуговування (людина не може обходитися без допоміжних засобів або допомоги інших осіб),
- самостійного пересування,
- здібності до навчання, роботи, орієнтації або до спілкування,
- здатності частково чи повністю контролювати свою поведінку.

III група інвалідності

Особи з III групою інвалідності мають помірні функціональні порушення й обмеження життєдіяльності. Вони потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є обмеження:

- самообслуговування (людина потребує використання допоміжних засобів);
- самостійного пересування (пересування з великою втратою часу);
- навчання (можуть навчатися у закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу або за допомоги інших осіб);
- праці (частково втрачають можливість для повноцінної трудової діяльності);
- орієнтації, спілкування;
- контролювання поведінки (частково контролюють в особливих умовах).

Особи з інвалідністю III групи можуть навчатися та працювати, однак за умови забезпечення їх засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, проходження реабілітації. Також питання встановлення інвалідності регламентується постановою Кабінету Міністрів України № 10 від 21.01.2015. Вона містить чіткий перелік станів, за яких група інвалідності встановлюється довічно.

Як оскаржити рішення медико-соціальної експертної комісії

Рішення, яке прийняла комісія, можна оскаржити протягом одного місяця. Звернутися можна до самої комісії або центральної чи обласної комісії з письмовою заявою. Після цього буде проведено повторний огляд і винесено нове рішення. Якщо ж вам повторно відмовлять, то таке рішення можна оскаржити у центральній медико-соціальній комісії (МСЕК) МОЗ України. За складних випадків центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ, обласна, центральна міська комісія та МОЗ можуть скеровувати осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпро) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця).

Після обстеження науково-дослідні установи підбивають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер. Рішення комісії усіх рівнів можна також оскаржити в суді в установленому законодавством порядку.

Як знайти адреси та контакти медико-соціальної експертної комісії

Національний контакт-центр МОЗ – 0800 60 20 19 – надає безоплатні консультації. Українці можуть отримати відповідь на будь-яке питання зі сфери охорони здоров'я, зокрема, і як продовжити термін дії довідки з інвалідності. Також, якщо під час проходження медико-соціальної експертної комісії порушують ваші права, зокрема у вас вимагають гроші за проходження МСЕК, звертайтеся на «гарячу лінію».

За матеріалами пресслужби МОЗ України:
<https://moz.gov.ua>