

Новое в диагностике и медикаментозном лечении фибрилляции предсердий

И.Г. Фомина

профессор, председатель секции ВНОК «Электрокардиография и нарушения сердечного ритма»

В октябре 2002 года на ежегодном конгрессе Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) после продолжительного обсуждения около 400 делегатов съезда и члены секции по электрокардиографии и нарушениям сердечного ритма приняли за основу для разработки отечественных рекомендаций принятые в 2001 году Европейским обществом кардиологов (ESC), Американской ассоциацией кардиологов (ACC) и Американской ассоциацией сердца (AHA) рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. В 2004 году комитет экспертов ВНОК утвердил Российские рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий, которые были приняты единогласно на пленуме ВНОК 20 октября 2005 года (рис. 1).



Рис. 1. Российские рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий.

Особое внимание в Российских рекомендациях уделено вопросам терминологии и классификации фибрилляции предсердий. Широко используемый в России термин «мерцательная аритмия» был предложен Г.Ф. Лангом в 1921 году и объединял фибрилляцию и трепетание предсердий. Позднее электрофизиологические исследования и эндокардиальное картирование убедительно доказали, что трепетание предсердий и фибрилляция предсердий являются различными нарушениями сердечного ритма с разными механизмами возникновения и поддержания. Поэтому эксперты ВНОК рекомендуют избегать термина «мерцательная аритмия», а использовать термины «фибрилляция предсердий» и «трепетание предсердий». Необходимо отметить, что Российские рекомендации посвящены исключительно фибрилляции предсердий, а трепетание предсердий рассматривается отдельно.

С клинической точки зрения важно выделять «впервые выявленную» фибрилляцию предсердий, которая выявлена при ЭКГ-исследовании (однократном или длительном) при настоящем обращении к врачу. Это важно для определения дальнейшей тактики лечения больного. «Впервые выявленная» фибрилляция предсердий может быть как первым проявлением «рецидивирующей (пароксизмальной, персистирующей)» фибрилляции предсердий, так и впервые зарегистрированной «перманентной (хронической, постоянной)» фибрилляцией предсердий. В рамках «рецидивирующей» фибрилляции предсердий объединяются «пароксизмальная» фибрилляция предсердий, приступы которой купируются самостоятельно без лечения, и «персистирующая» фибрилляция предсердий, для прекращения которой необходимо использование антиаритмических препаратов или электроимпульсной терапии. К «перманентной» (хронической) фибрилляции предсердий относят те случаи, когда нарушение ритма постоянно сохраняется в течение одного года. Электроимпульсная терапия, как наиболее эффективный метод восстановления синусового ритма оказалась неэффективной, или ее проведение было противопоказано (рис. 2).

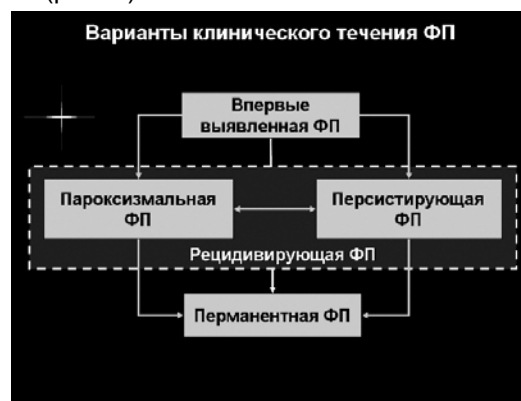


Рис. 2. Классификация фибрилляции предсердий.

«Золотым стандартом» в диагностике и лечении ФП остается стандартное ЭКГ-исследование в 12 отведениях, которое является обязательным методом обследования всех больных с ФП. Также к минимально необходимым методам обследования относят рентгенографию грудной клетки, эхокардиографическое исследование, в том числе с использованием чреспищеводного датчика для выявления тромбов в ушке левого предсердия, и исследование функции щитовидной железы. К до-

полнительным методам обследования относятся длительное непрерывное мониторирование ЭКГ в течение 24 и более часов, тест с физической нагрузкой и электрофизиологическое исследование.

Программы лечения, в зависимости от формы ФП, представлены на схемах 1-4.

Наиболее трудной для лечения является кате-



Схема 1. Программа лечения впервые выявленной ФП.



Схема 2. Программа лечения рецидивирующей пароксизмальной ФП.



Схема 3. Лечение ФП в зависимости от сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

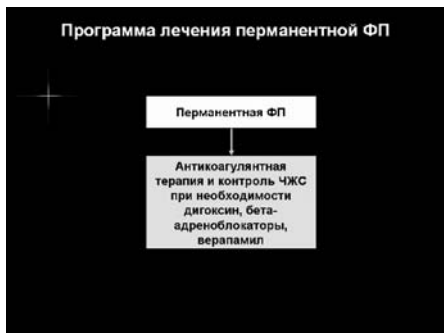


Схема 4. Лечение «перманентной» (хронической) ФП.

гория больных с постоянно рецидивирующей ФП. Восстановление и удержание синусового ритма у них является актуальной и до конца неизученной проблемой. К препаратам с высоким уровнем доказанности для лечения персистирующей ФП дли-

тельностью менее 7 сут относят дофетилид, флекаинид, ибутилид, пропafenон. При длительности ФП более 7 сут - дофетилид, амиодарон, ибутилид, флекаинид, пропafenон, хинидин. В этом ряду пропafenон является уникальным препаратом так как сочетает в себе, помимо свойств препаратов IC класса, еще и свойства антиаритмических средств II, III, IV классов. Фармакокинетика пропafenона позволяет назначать препарат внутрь в виде нагрузочной дозы с небольшим количеством побочных эффектов. В связи с указанными свойствами пропafenона, а также небольшим опытом его применения для купирования приступов ФП и поддержания синусового ритма у российских врачей секцией по электрокардиографии и нарушениям сердечного ритма ВНОК совместно с фирмой PROMED, CS Praha a.s. (Чехия) было организовано независимое многоцентровое открытое пилотное исследование «Изучение эффективности и безопасности пропafenона в восстановлении и поддержании синусового ритма у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий» - «ПРОМЕТЕЙ» (главный исследователь - председатель секции по электрокардиографии и нарушениям сердечного ритма ВНОК, профессор И.Г. Фомина).

В исследование было включено 485 человек из 16 различных регионов РФ (рис. 3). Больные случайным образом были разделены на 2 группы. I группу составили 285 пациентов в возрасте от 31 до 62 лет (средний возраст - $57,6 \pm 2,8$ года), которым для купирования пароксизма ФП назначался пропафенон (пропанорм фармацевтической компании PROMED, CS Praha a.s.) в нагрузочной дозе 600 мг внутрь однократно. Во II группу включены 200 пациентов в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст - $56,4 \pm 4,2$ года), которым пропафенон назначался для профилактики пароксизмов ФП в суточной дозе 450 мг внутрь (150 мг в три приема). Эффективность антиаритмической терапии оценивалась при проведении суточного мониторирования ЭКГ через 1, 3 и 9 месяцев от начала лечения.

Критериями включения пациентов в исследование были наличие документированного пароксиз-



Рис. 3. Исследование «ПРОМЕТЕЙ».

ма ФП продолжительностью не более 48 ч, подтвержденного при электрокардиографическом исследовании или мониторингировании ЭКГ по Холтеру, и добровольное согласие пациента на участие в

исследовании.

Основной причиной ФП была ИБС, которая диагностирована у 159 (56%) пациентов I группы и у 26 (13%) больных II группы, артериальная гипертония выявлена у 88 (31%) и 46 (23%) больных соответственно. Идиопатическая форма ФП обнаружена у 33 (11%) пациентов I группы и 94 (47%) пациентов II группы.

Критериями исключения были синдром слабости синусового узла; атриовентрикулярная блокада I-III степеней; врожденный или приобретенный синдром удлиненного интервала QT Вольфа - Паркинсона - Уайта, Бругады; наличие декомпенсированной сердечной недостаточности IIб-III стадий по классификации Стражеско-Василенко, IV функционального класса по классификации NYHA; инфекционный эндокардит, перикардиты или миокардиты; ревматические и врожденные пороки сердца; острый инфаркт миокарда; хронические обструктивные заболевания легких; любые нарушения функции щитовидной железы; выраженная патология почек, печени; заболевания крови и онкологическая патология.

Всем больным проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Общее клиническое обследование пациентов включало изучение жалоб, анамнеза, выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, оценка объективного статуса больного, проведение лабораторных методов обследования. Среди инструментальных методов обследования больным проводили стандартное электрокардиографическое исследование в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эхокардиографическое исследование.

Результаты исследования. Синусовый ритм был восстановлен у 240 (84%) пациентов I группы. Время восстановления составило в среднем 150 ± 30 мин. Полученные данные подтверждают результаты предшествующих исследований по антиаритмической активности пропafenона (рис. 4).

Побочные эффекты при приеме нагрузочной дозы пропafenона были обнаружены у 17 (6%) пациентов I группы. Нарушение внутрижелудочковой проводимости было зарегистрировано у 9 (3%)

больных, атриовентрикулярная блокада II степени у 8 (3%) пациентов, диспептические явления возникли у 2 (0,9%) больных. Снижение артериального давления до максимальных цифр 100/70 мм. рт. ст. наблюдалось в 28 (10%) случаях. Других побочных эффектов препарата при приеме нагрузочной дозы не зарегистрировано.

Эффективность противорецидивного лечения пропafenоном была оценена во II группе. Через месяц после лечения пропafenоном в суточной дозе 450 мг синусовый ритм сохранили у 148 (74%) пациентов, через 3 месяца антиаритмической терапии - у 142 (71%) больных, через 9 месяцев - у 90 (45%) пациентов (рис. 5).

Побочные эффекты при длительном приеме препарата практически не наблюдались. Диспептические явления возникли у 8 (4%) пациентов, головокружение у 5 (2,5%) больных II группы. У 7

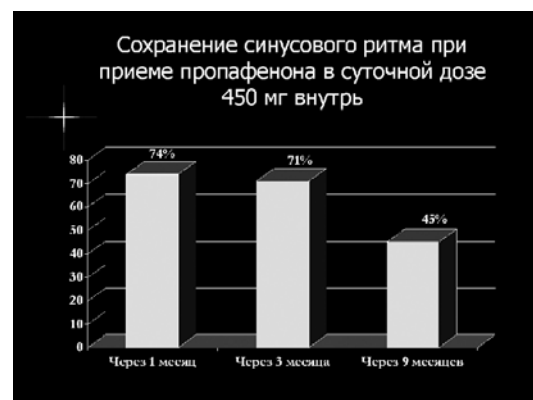


Рис. 5. Эффективность пропafenона в сохранении синусового ритма. Результаты исследования «ПРОМЕТЕЙ».

(3,5%) больных при приеме 450 мг пропafenона в сутки наблюдалось удлинение интервала PQ на 18% от исходного, у 8 (4%) пациентов обнаружено расширение комплекса QRS на 28% от исходного. Все побочные эффекты проходили самостоятельно и не требовали дополнительного лечения.

Таким образом, проведенное исследование «ПРОМЕТЕЙ» позволило сделать следующие выводы. Назначение пропafenона в нагрузочной дозе 600 мг внутрь является эффективным и безопасным методом восстановления синусового ритма у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий. Длительное применение пропafenона в суточной дозе 450 мг является высокоэффективным и безопасным методом профилактики рецидивов пароксизмов фибрилляции предсердий.

Исследование «ПРОМЕТЕЙ» - это первое независимое многоцентровое исследование, которое позволило ВНОК объединить усилия врачей и специалистов из многих регионов России. Успешный опыт проведения исследования позволяет планировать следующие этапы исследования с включением новых центров для получения данных, которые будут включены в следующий пересмотр национальных рекомендаций и использованы в практической медицине.



Рис. 4. Эффективность нагрузочной дозы пропafenона при восстановлении синусового ритма. Результаты исследования «ПРОМЕТЕЙ».

В качестве перспективного направления лечения ФП представляется уменьшение процессов фиброзирования миокарда предсердий и снижение риска возникновения рецидивов ФП. Актуальными направлениями остаются изучение эффектов длительного применения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II и липидснижающей терапии статинами на частоту рецидивов у больных с персистентной ФП.