

Участковый Терапевт

ПИ №ФС77-64488

Современный взгляд на терапию фибрилляции предсердий



Интервью с доктором медицинских наук, профессором ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), активным научным деятелем **Аидой Ильгизовной Тарзимановой**

Фибрилляция предсердий остается распространенным нарушением ритма, при котором необходимо искать индивидуальный подход с каждым пациентом. Мы поговорили с экспертом в этой области А.И. Тарзимановой. Аида Ильгизовна рассказала о современных подходах к терапии фибрилляции предсердий с учетом высоких требований докторов к безопасности лечения.

– **Аида Ильгизовна, здравствуйте! Расскажите, пожалуйста, какие методы лечения фибрилляции предсердий (ФП) существуют в настоящее время?**

– Добрый день! Согласно современным рекомендациям [1] есть три основных направления в лечении ФП. Первое – это назначение антикоагулянтной терапии. И большинство пациентов эту терапию безусловно получают. Второе направление – коррекция симптомов аритмии. И оно, пожалуй, является наиболее сложным для доктора, который ведет пациента. Потому что сюда можно включить как контроль ритма, то есть назначение антиаритмической терапии (ААТ) больным или проведение радиочастотной катетерной абляции, так и сделать выбор в пользу тактики контроля частоты желудочковых сокращений, то есть назначить только пульсурежающую терапию. Ну и наконец, третье направление в лечении – терапия основного заболевания, которое привело к развитию данного нарушения сердечного ритма. Этим заболеванием может быть артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая сердечная недостаточность.

– **Существуют ли сегодня рекомендации, в которых описана тактика врача при выборе ААТ при ФП?**

– В настоящее время нет четких рекомендаций, какие алгоритмы обязательны при выборе тактики контроля ритма. Но есть вопросы, которые мы должны себе задать прежде всего. Во-первых, форма аритмии. Какая она: пароксизмальная, персистирующая или хроническая? Во-вторых, нужно учитывать наличие тяжелого сопутствующего заболевания у пациента. Есть большая разница между больным с декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью и молодым человеком, у которого бывают короткие пароксизмы ФП без тяжелого органического поражения сердца. И в-третьих, конечно, важно оценить профиль безопасности для каждого лекарственного препарата.

– **Трудно спорить на тему важности безопасности лекарственных препаратов. Какие антиаритмические препараты (ААП) являются одновременно наиболее эффективными и безопасными для восстановления синусового ритма при ФП?**

– Согласно последним рекомендациям [1] для восстановления синусового ритма есть четыре основных лекарственных препарата. Это препарат класса IC пропafenон, широко используемый в стационарах препарат III класса амиодарон, препарат рефралон, но, к сожалению, его использование ограничено только условиями реанимационных отделений, и, наконец, препарат, применяемый во второй линии, прокаинамид. Однако наиболее эффективными и безопасными из четырех предложенных в настоящее время

в нашей стране являются два препарата. Пропафенон, и его мы выбираем, если у пациента нет тяжелого поражения сердца, то есть сниженной фракции выброса левого желудочка или признаков острого коронарного синдрома. И амиодарон для пациентов с тяжелым органическим поражением сердца.

– **А если говорить о длительном удержании синусового ритма при ФП, как выбрать препарат для этой цели?**

– В отношении выбора ААП у пациента на длительный срок мы, конечно, должны учитывать основное заболевание сердца. В настоящее время у пациентов, например, с артериальной гипертензией или ИБС, у которых нет выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка, превышающей 14 мм, препаратами выбора будут ААП IC класса, в первую очередь – пропафенон. Мы с уверенностью назначаем его, потому что в многоцентровом российском исследовании ПРОСТОП [2] пропафенон (Пропанорм) показал очень высокую эффективность и безопасность при многолетнем наблюдении. Вторым препаратом, который в настоящее время понизил свои позиции в рекомендациях и стал препаратом второго выбора, является соталол. Иногда мы назначаем его пациентам с ИБС, но необходимо учитывать, что профиль безопасности соталола не такой высокий, как пропафенона, поэтому при его назначении необходимо отслеживать уровень калия в плазме крови, электрокардиографическую картину с учетом скорректированного интервала Q–T. Особенно важно помнить о проаритмогенных свойствах соталола при длительном приеме. И, наконец, третий ААП, который мы довольно часто используем в практике, – амиодарон. Но, к сожалению, его назначение всегда ограничивается тем, что при длительном приеме мы видим большое количество экстракардиальных побочных эффектов – нарушение функции щитовидной железы, нарушение функции печени, развитие легочного фиброза, а также риск развития проаритмогенных эффектов.

– **То, что Вы рассказываете, звучит как большая сложность в долгосрочном назначении ААТ. Насколько длительно пациенты с ФП должны принимать терапию и какие существуют данные о безопасности длительного лечения?**

– В 2023 г. завершился очень большой метаанализ [3], который включил более 200 тыс. пациентов с ФП, где четко показано, что многолетний прием ААП действительно улучшает качество жизни пациентов, потому что снижается риск развития пароксизмов. Поэтому многие доктора думают, что ААТ нужно проводить курсами по 1–2 мес. Но это ошибочная тактика, потому что многолетний прием антиаритмиков, безусловно, оправдан. При этом всегда

Участковый Терапевт

ПИ №ФС77-64488

нужно помнить о риске развития побочных эффектов. В случае пропafenона, учитывая небольшой период полувыведения и отсутствие кумулятивного эффекта, его применение может быть многолетним. Существует наблюдение, когда при применении пропafenона на протяжении 10 лет отмечали очень хорошие антиаритмические эффекты при абсолютной безопасности. К сожалению, назначение препаратов III класса, в первую очередь амиодарона, практически наверняка влечет за собой развитие экстракардиальных побочных эффектов. Поэтому этот класс лекарственных препаратов мы назначаем на несколько месяцев и не советуем многолетнее применение.

– Как известно, существует методика купирования пароксизма «таблетка в кармане»¹. Исходя из Вашего опыта, как часто эта методика применяется и насколько хорошо работает?

¹ Методика самостоятельного восстановления ритма при пароксизме ФП с помощью таблетки пропafenона без обращения в скорую помощь.

Литература

1. Аракелян М.Г., Бокерия Л.А., Васильева Е.Ю., и др. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2021;26(7):4594. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4594
2. Миллер О.Н., Старичков С.А., Поздняков Ю.М., и др. Эффективность и безопасность применения пропafenона (Пропанорм®) и амиодарона (Кордарон®) у больных с фибрилляцией предсердий на фоне артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной

– Этот метод действительно активно и успешно используют пациенты. Особенно широко его применяли во время пандемии коронавирусной инфекции. Такая популярность связана с тем, что методика позволяет быстро восстановить синусовый ритм всего лишь с помощью пероральной нагрузочной дозы ААП. В нашей стране препаратом выбора для купирования пароксизма ФП является пропafenон, так как он обладает быстрым действием – полчаса-час требуется для развития эффекта. Если первое назначение препарата было успешным, то смело можно рекомендовать пациентам самостоятельно принимать нагрузочную дозу. Поэтому этот метод должен использоваться.

– Аида Ильгизовна, большое спасибо за такие развернутые и интересные ответы! Мы рады, что Вы нашли время побеседовать с нами.

- недостаточности с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Многоцентровое открытое рандомизированное проспективное сравнительное исследование ПИОСТОР. Российский кардиологический журнал. 2010;(4):55–71.
3. Chung SC, Lai A, Lip GYH, et al. Impact of anti-arrhythmic drugs and catheter ablation on the survival of patients with atrial fibrillation: a population study based on 199 433 new-onset atrial fibrillation patients in the UK. Europace.