

Важные аспекты антиаритмической и антикоагулянтной терапии фибрилляции предсердий

Фибрилляция предсердий (ФП) относится к наиболее распространенным в клинической практике нарушениям сердечного ритма. Важным аспектам антиаритмической и антикоагулянтной терапии ФП было посвящено выступление профессора кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н. Ольги Николаевны МИЛЛЕР.

В начале выступления профессор О.Н. Миллер представила клинический случай. Пациент 65 лет обратился к специалисту по поводу пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП), возникающих один-два раза в месяц. Из анамнеза: артериальная гипертензия (АГ) в течение двух лет с максимальным подъемом артериального давления до 170/95 мм рт. ст. в отсутствие приверженности терапии, сахарный диабет 2-го типа; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); большой стаж курильщика. Какой антиаритмический препарат выбрать для профилактики ФП у коморбидного пациента?

В рекомендациях Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации кардиоторакальной хирургии (ESC/EACTS) 2020 г. сказано, что препараты класса 1А (флекаинид, пропафенон, дронедазон) используются для длительного контроля ритма у пациентов с ФП. В качестве препарата класса 1В предусмотрен соталол. При этом пациентам с ФП, получающим его, рекомендован тщательный мониторинг интервала QT, уровней сывороточного калия и других факторов риска ФП. Следует отметить, что в обновленных рекомендациях Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) 2021 г. соталол представлен уже как препарат класса 1b А.

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России 2020 г., соталол назначают для профилактики рецидивов у пациентов с ФП без тяжелого органического поражения сердца, сниженной фракции выброса. Наиболее оправданно его применение у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца

(ИБС). Соталол характеризуется риском возникновения желудочковой тахикардии, поэтому при сердечной недостаточности III–IV функционального класса не следует превышать дозу 160 мг.

Противопоказаниями к назначению антиаритмических препаратов служат систолическая сердечная недостаточность (фракция выброса левого желудочка менее 40%), острые формы ИБС, гипертрофия левого желудочка более 14 мм, рубцовые изменения в миокарде.

Пропафенон не противопоказан при АГ, ишемической форме ИБС, пороках сердца, заболеваниях щитовидной железы, ХОБЛ. Кроме того, в клинических рекомендациях «Коморбидная патология в клинической практике» Ассоциации врачей общей практики предусмотрено, что для профилактики ФП у больных ХОБЛ возможно применение пропафенона. Следовательно, для коморбидного пациента с ФП пропафенон является препаратом выбора для антиаритмической терапии.

При хронической стабильной ИБС пропафенон рекомендуется дополнять бета-адреноблокаторами. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы снижают частоту ХОБЛ и могут назначаться без ограничений по показаниям пациентам с ХОБЛ и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким образом, ХОБЛ не считается абсолютным противопоказанием к назначению как бета-адреноблокаторов, так и антиаритмических препаратов с бета-блокирующим эффектом.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2020 г., для улучшения прогноза пациентов с ФП используется комплексный

подход с применением антикоагулянтной терапии для профилактики инсульта и системных тромбозов. Как известно, прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) не повреждают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Однако и варфарин, и ПОАК могут вызывать кровотечения через дефекты слизистой оболочки, возникающие на фоне применения факторов агрессии, в том числе антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных препаратов.

Алгоритмы защиты ЖКТ при терапии ПОАК предусматривают прежде всего оценку факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений. Стандартно для защиты слизистой оболочки ЖКТ пациенту назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые устраняют лишь один фактор агрессии, снижая секрецию соляной кислоты в желудке. ИПП воздействуют лишь на уровне верхних отделов ЖКТ, ребамипид – на всем протяжении ЖКТ. Поэтому при наличии хотя бы одного фактора риска желудочно-кишечных кровотечений назначают трехмесячный курс гастро- и энтеропротекторной терапии (ребамипид + ИПП) с последующим приемом ребамипида и ИПП «по требованию» на протяжении терапии оральными антикоагулянтами.

В заключение профессор О.Н. Миллер представила оптимальный алгоритм лечения коморбидного пациента с ФП: антигипертензивные препараты в виде фиксированных комбинаций, пропафенон, ПОАК, сахароснижающие лекарственные средства и ребамипид для защиты ЖКТ. ☺