

УДК 616.12-008.331.1:616.125-008.313:612.172.2:615

Антиаритмічна ефективність і безпечність препаратів 1С класу етацизину та пропафенону в пацієнтів з гіпертонічною хворобою й частими рецидивами фібриляції передсердь

В.П. Іванов, Т.Д. Данілевич

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гіпертонічна хвороба, фібриляція передсердь, антиаритмічні препарати, етацизин, пропафенон

На сьогодні фібриляція передсердь (ФП) становить вагомую проблему для сучасної охорони здоров'я, оскільки ця аритмія створює значні труднощі при веденні хворих, асоціюється з підвищеним ризиком серцево-судинних і тромбоемболічних ускладнень та смерті, збільшенням частоти ургентних і планових госпіталізацій, суттєвим зниженням якості життя та працездатності пацієнтів [1].

Згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства кардіологів з ведення пацієнтів з ФП (2016) стратегія відновлення і підтримання синусового ритму виправдана лише в разі наявності суттєвої симптоматики, зумовленої аритмією, а у хворих без значущої симптоматики – невиправдана. Тим більше, що щодо впливу на прогноз пацієнтів стратегія підтримання синусового ритму не має переваг перед контролем частоти шлуночкових скорочень [7]. При цьому слід звернути увагу на той факт, що 60–80 % хворих з нападами ФП мають симптоматику, яка суттєво знижує якість життя і працездатність. Тому стратегія відновлення й збереження фізіологічного синусового ритму лишається вельми актуальною для більшості пацієнтів з рецидивною ФП. На жаль, вибір антиаритмічних препаратів для збереження синусового ритму, особливо в пацієнтів, які не мають суттєвої структурної патології, в Україні обмежений. Останнє спонукає до подальшого вивчення анти-

аритмічної ефективності препаратів 1С класу етацизину і пропафенону в різних категорій хворих.

Мета роботи – оцінити антиаритмічну ефективність і безпечність препаратів 1С класу етацизину й пропафенону в пацієнтів з гіпертонічною хворобою та частими рецидивами фібриляції передсердь.

Матеріал і методи

У дослідження увійшло 146 пацієнтів віком 37–86 років (у середньому $(61,2 \pm 0,7)$ року) із гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії і частими рецидивами ФП. Серед обстежених було 68 (46,6 %) чоловіків і 78 (53,4 %) жінок, що демонструвало гендерну однорідність ($\chi^2=1,37$; $P=0,24$) цієї вибірки хворих. Усі пацієнти проходили обстеження й лікування на базі Вінницького регіонального центру серцево-судинної патології впродовж 2015–2017 рр.

Критеріями залучення пацієнтів у дослідження слугували: 1) ГХ II стадії, встановлена відповідно до рекомендацій Європейського товариства з гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (2013) [5, 8]; 2) пароксизмальна або персистентна форма ФП, встановлена згідно з рекомендаціями Асоціації кардіологів України (2016) [1, 4, 7], із частими симптомними нападами аритмії (1 напад на 2 місяці і частіше),

Данілевич Тетяна Дмитрівна, асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, пошукач кафедри внутрішньої медицини № 3
E-mail: danilevychtd@gmail.com

яка потребувала антиаритмічної терапії з метою контролю синусового ритму; 3) відсутність попередньої постійної антиаритмічної терапії.

Як критерії незалучення розглядали: 1) ГХ I або III стадії та симптоматичну артеріальну гіпертензію (АГ); 2) верифіковану ішемічну хворобу серця; 3) рідкісні напади ФП (рідше ніж 1 напад на 2 місяці); 4) синдром слабкості синусового вузла, атріовентрикулярні блокади II–III ступеня, імплантований штучний водій ритму (або потреба в його імплантації); 5) тяжкі та клінічно значущі коморбідні стани (хронічні обструктивні захворювання легень, декомпенсований цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, печінки і нирок з порушенням їх функції, анемії) і зловживання алкоголем.

Тривалість аритмічного анамнезу (визначалася з моменту першого зареєстрованого епізоду ФП) становила від 1 до 30 років (у середньому $5,7 \pm 0,5$ року). У більшості (89,7 %) пацієнтів тривалість аритмії не перевищувала 10 років. У 56 (38,4 %) хворих ФП була пароксизмальною і в 90 (61,6 %) – персистентною.

Частота реєстрації нападів ФП коливалася від щоденних до 1 нападу за 50 днів і в середньому становила 1 напад за $(23,6 \pm 1,2)$ доби. Клінічний перебіг ФП у 62 % пацієнтів відповідав III класу за EHRA і у 38 % – II класу за EHRA. У 96 % хворих кількість балів за шкалою CHA₂DS₂-VASc становила від 1 до 3.

Розподіл пацієнтів за вегетативними варіантами ФП здійснювали згідно з рекомендаціями Coumel (1992). Так, у 31 (21,2 %) хворого визначали вагусний, у 70 (47,9 %) – адреналовий і у 45 (30,9 %) – змішаний варіанти аритмії [6].

Серед обстежених переважали пацієнти з помірною (33,7 %) і тяжкою (39,0 %) АГ. Анамнез АГ – від 1 до 40 років (у середньому $11,6 \pm 0,6$ року). При цьому найбільшу частку (55,2 %) становили хворі з тривалістю АГ від 10 до 20 років і найменшу (7,6 %) – більше 20 років. Пацієнти з анамнезом АГ до 10 років становили 37,2 %. У більшості (84,3 %) обстежених реєстрували II функціональний клас серцевої недостатності за NYHA.

Усі хворі, залучені в дослідження на амбулаторному етапі, не отримували постійної антиаритмічної терапії (критерій залучення в дослідження). У 82 (56,2 %) випадках антиаритмічні препарати застосовували лише в разі потреби з метою усунення нападу ФП (β-адреноблокатори, етацизин, пропafenон, новокаїнамід, аміо-

дарон). У 54 (37,0 %) осіб конверсія синусового ритму відбувалася спонтанно і в 10 (6,8 %) – з метою відновлення синусового ритму використовували електричну кардіоверсію.

Усім обстеженим у зв'язку з наявністю у них частих симптомних нападів ФП, за їх погодженням, було призначено постійну антиаритмічну терапію згідно з уніфікованим клінічним протоколом і чинним наказом МОЗ України № 597 від 15.06.2016 р. [4]. Підбір ефективної антиаритмічної терапії в кожному конкретному випадку здійснювали поетапно. На першому етапі стартовий антиаритмічний препарат призначали залежно від вегетативного варіанта аритмії. Так, у разі адреналового або змішаного варіанта ФП призначали пропafenон у дозі 300–900 мг/добу, а в разі вагусного – етацизин у дозі 100–200 мг/добу. На другому етапі, в разі неефективності пропafenону, його замінювали на етацизин у дозі 100–200 мг/добу. При недостатній ефективності останнього до нього додавали β-адреноблокатор біспролол у дозі 2,5–5 мг/добу (третій етап). При неефективності попередньої терапії (четвертий етап) використовували соталол у дозі 160–320 мг/добу, аміодарон у дозі 200 мг/добу після періоду насичення препаратом або радіочастотну абляцію. У разі неефективності етацизину при вагусних варіантах ФП пацієнтам рекомендували радіочастотну абляцію і вилучали з дослідження.

Антиаритмічну ефективність препаратів оцінювали за суб'єктивним відчуттям пацієнтів – проводили самооцінку пацієнтом частоти нападів ФП та їх перебігу. Антиаритмічну ефективність вважали повною в разі зникнення нападів аритмії та їх відсутності впродовж 6 місяців спостереження, частково – у разі суб'єктивного відчуття зменшення частоти нападів аритмії (на 50–75 %), зменшення тривалості нападів та/або поліпшення умов їх припинення (відсутність необхідності госпіталізацій і застосування інших антиаритмічних препаратів або електроімпульсної терапії). Якщо динаміки частоти нападів ФП не спостерігалось, робили висновок про відсутність антиаритмічного ефекту. У цьому випадку, згідно з наведеним алгоритмом, проводили заміну на інший антиаритмічний препарат. У разі неможливості збереження синусового ритму і переходу аритмії в постійну форму пацієнта вилучали з дослідження. Термін спостереження за хворими, з моменту підбору їм ефективної антиаритмічної терапії, становив 6 місяців.

Таблиця 1

Аналіз антиаритмічної ефективності й побічної дії різних варіантів фармакотерапії

Варіант терапії	Призначений (абс.)	Ефективний (абс.)	Клінічна ефективність
Пропафенон ¹	115	72	62,6 %
Етацизин у цілому по групі ²	74	46	62,2 %
Етацизин у разі вагусного варіанта ФП	31	28	90,3 %
Етацизин у разі невагусного варіанта ФП	43	18	41,9 %
Етацизин + бісопролол ³	21	16	76,2 %

Примітка. ¹ Ефективні дози пропафенону – 300–750 мг/добу, в середньому (498±14) мг/добу. Побічні реакції, які потребували відміни, відзначено у 9 (7,8 %) хворих.

² Ефективні дози етацизину – 100–200 мг/добу, в середньому (124±6) мг/добу. Побічні реакції, які потребували відміни, відзначено у 6 (8,2 %) хворих.

³ Ефективні дози етацизину – 100–200 мг/добу, в середньому (113±12) мг/добу, бісопрололу – 2,5–5 мг/добу, в середньому (4±1) мг/добу. Побічних реакцій, які потребували відміни, не відзначено.

Фактичний середній термін спостереження за хворими становив (8,2±0,4) місяця.

Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм StatSoft Statistica 12.0 згідно з рекомендаціями [3]. У разі кількісних величин результати були представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розмаху (25-й і 75-й процентилі), у разі відносних величин – у вигляді відсотків. Порівняння кількісних величин у групах проводили за допомогою U-критерію Манна – Уїтні і Крускала – Уолліса (тест ANOVA), відносних величин – за критерієм χ^2 Пірсона.

Результати та їх обговорення

Аналіз клінічної ефективності препаратів 1С класу в пацієнтів з ГХ і частими нападами ФП у цілому по групі (n=146) показав доволі високу ефективність цього класу препаратів – у 134 (91,8 %) пролікованих відзначено позитивний антиаритмічний ефект упродовж 6 місяців лікування. Не викликає сумніву, що така висока ефективність була пов'язана, насамперед, з використанням «нежорстких» критеріїв оцінювання антиаритмічної терапії. Так, у 48 (35,8 %) випадках зареєстровано повний (повна відсутність нападів ФП за 6 місяців) і у 86 (64,2 %) – частковий антиаритмічний ефект, який характеризувався зменшенням частоти нападів аритмії, тривалості нападів та/або поліпшенням умов їх припинення (відсутність необхідності госпіталізації і застосування інших антиаритмічних препаратів та електроімпульсної терапії). Таким чином, отримані дані свідчать, що в більшості пацієнтів (P<0,0001) з частими нападами ФП без тяжких структурних уражень міокарда при вико-

ристанні антиаритмічних препаратів 1С класу позитивний антиаритмічний ефект має характер часткового і лише в третини пацієнтів він супроводжується повним зникненням нападів аритмії.

Аналіз антиаритмічної ефективності та побічних дій різних варіантів фармакотерапії (табл. 1) свідчив, що пропафенон (середня доза 498 мг/добу) упродовж 6 місяців лікування виявив антиаритмічну ефективність у 72 (62,6 %) випадках. У 9 (7,8 %) пацієнтів спостерігали побічні реакції, які потребували відміни препарату. Серед них у 4 (3,5 %) випадках реєстрували симптомну синусову брадикардію з епізодами синоатріальної блокади та у 5 (4,3 %) – збільшення тривалості інтервалу QRS \geq 30 % від вихідного рівня.

Позитивний антиаритмічний ефект етацизину (середня доза 124 мг/добу) в цілому по групі впродовж 6 місяців був визначений у 46 (62,2 %) хворих. Привертало увагу, що в групі пацієнтів з вагусним варіантом ФП він був доволі високим – 90,3 %. Це вкотре переконує в тому, що етацизин слід розглядати як препарат вибору в пацієнтів із вагусним варіантом аритмії і відсутністю тяжких органічних уражень серця. Останнє пов'язано з особливостями фармакологічних ефектів препарату, а саме холінолітичною дією препарату [2]. Антиаритмічна ефективність етацизину в пацієнтів з невагусною ФП становила 41,9 %. Однак при цьому слід врахувати той факт, що в цій групі етацизин був використаний на другому етапі в разі неефективності попередньої терапії пропафеноном. Водночас додаткове застосування бісопрололу (середня доза 4 мг/добу) підвищило ефективність етацизину до 76,2 %. Ми не можемо заперечити того факту, що антиаритмічна ефективність етацизину в пацієнтів з невагусною ФП значно вища в разі призначення його як стартового препарату.

Таблиця 2

Аналіз антиаритмічної ефективності різних варіантів фармакотерапії

Варіант терапії	Повний антиаритмічний ефект	Частковий антиаритмічний ефект
У цілому (n=134)	48 (35,8 %)	86 (64,2 %)**
Пропафенон (n=72)	24 (33,3 %)	48 (66,7 %)**
Етацизин у цілому по групі (n=46)	16 (34,8 %)	30 (65,2 %)**
Етацизин у разі вагусного варіанта ФП (n=28)	9 (32,1 %)	19 (67,9 %)*
Етацизин у разі невагусного варіанта ФП (n=18)	6 (33,3 %)	12 (66,4 %)
Етацизин + бісопролол (n=16)	8 (50,0 %)	8 (50,0 %)

Примітка. Різниця статистично значуща порівняно з групою осіб з повним антиаритмічним ефектом: * $P=0,02$; ** $P=0,004$; *** $P<0,0001$. За критерієм χ^2 різниця між різними групами лікування статистично незначуща ($P>0,10$).

Побічні реакції етацизину, які потребували відміни препарату, зареєстровані нами в 6 (8,2 %) пацієнтів: у 1 (1,4 %) з них спостерігали головний біль і диплопію, у 2 (2,7 %) – порушення акомодатції та у 3 (4,1 %) – збільшення тривалості інтервалу QRS ≥ 30 % порівняно з вихідним рівнем.

Аналіз антиаритмічної ефективності пропафенону й етацизину (табл. 2) свідчив, що в більшості пацієнтів з частими нападами ФП без тяжких структурних уражень міокарда позитивний антиаритмічний ефект виявлявся як частковий і лише в третини пацієнтів – як повний. Інтерес становив той факт, що ця закономірність визначалася практично у всіх проаналізованих групах. Так, у групі пропафенону (n=72) повний антиаритмічний ефект зареєстровано у 24 (33,3 %)

пацієнтів і частковий – у 48 (66,7 %), у загальній групі етацизину (n=46) – у 16 (34,8 %) і 30 (65,2 %) осіб відповідно, у групі етацизину при вагусному варіанті ФП (n=28) – у 9 (32,1 %) і 19 (67,9 %) хворих відповідно і в групі етацизину при невагусному варіанті ФП (n=18) – у 6 (33,4 %) і 12 (66,5 %) пацієнтів відповідно. Це співвідношення змінювалося в бік зростання частки повного ефекту в групі комбінованого застосування етацизину з бісопрололом (n=16) – у 8 (50,0 %) і 8 (50,0 %) осіб відповідно.

Своєю чергою аналіз динаміки частоти виникнення і тривалості нападів ФП у пацієнтів з частковим антиаритмічним ефектом (n=86) (табл. 3) показав, що в цілому по групі на тлі 6-місячної антиаритмічної терапії спостерігали суттєве зменшення частоти нападів аритмії, яке

Таблиця 3

Динаміка частоти виникнення і тривалості нападів фібриляції передсердь у пацієнтів з частковим антиаритмічним ефектом, медіана (25-й; 75-й процентилі)

Частота і тривалість нападів ФП	Вихідні дані	Через 6 місяців	Динаміка
У цілому (n=86)			
Частота нападів, доби	12 (10; 38)	80 (35; 110)	↑ у 5,7 разу
Тривалість нападів, год	12 (4; 15)	2 (1; 7)	↓ у 5,0 разу
Пропафенон (n=48)			
Частота нападів, доби	10 (8; 30)	75 (31; 120)	↑ у 6,5 разу
Тривалість нападів, год	12 (10; 14)	3 (1; 6)	↓ у 3,0 разу
Етацизин у цілому по групі (n=30)			
Частота нападів, доби	14 (10; 32)	80 (40; 90)	↑ у 4,7 разу
Тривалість нападів, год	18 (10; 23)	2 (1; 5)	↓ у 8,0 разу
Етацизин при вагусній формі ФП (n=19)			
Частота нападів, доби	11 (8; 28)	74 (30; 110)	↑ у 5,7 разу
Тривалість нападів, год	12 (8; 15)	1 (1; 3)	↓ у 11,0 разу
Етацизин при невагусних варіантах ФП (n=12)			
Частота нападів, доби	15 (10; 25)	90 (60; 110)	↑ у 5,0 разу
Тривалість нападів, год	21 (10; 27)	3 (4; 9)	↓ у 6,3 разу
Етацизин + бісопролол (n=8)			
Частота нападів, доби	12 (6; 15)	70 (32; 105)	↑ у 4,8 разу
Тривалість нападів, год	11 (4; 29)	1 (1; 2)	↓ у 10,0 разу

Примітка. Для всіх показників різниця порівняно з вихідними даними статистично значуща ($P<0,0001$).

Таблиця 4
Динаміка умов припинення нападів аритмії в пацієнтів з частковим антиаритмічним ефектом

Умови припинення нападу ФП	Вихідні дані	Через 6 місяців	P
У цілому (n=86)			
Самостійне відновлення	33 (37,1 %)	58 (65,2 %)	0,0008
Антиаритмічний препарат	40 (44,9 %)	28 (31,5 %)	0,18
Електроімпульсна терапія	16 (18,0 %)	3 (3,3 %)	0,006
Пропафенон (n=48)			
Самостійне відновлення	18 (37,5 %)	32 (66,7 %)	0,004
Антиаритмічний препарат	22 (45,8 %)	15 (35,4 %)	0,29
Електроімпульсна терапія	8 (16,7 %)	1 (2,1 %)	0,01
Етацизин у цілому по групі (n=30)			
Самостійне відновлення	14 (45,2 %)	22 (71,0 %)	0,04
Антиаритмічний препарат	12 (38,7 %)	9 (29,0 %)	0,42
Електроімпульсна терапія	5 (16,1 %)	0	0,01
Етацизин при вагусній формі ФП (n=19)			
Самостійне відновлення	10 (52,6 %)	13 (68,4 %)	0,31
Антиаритмічний препарат	5 (26,3 %)	6 (31,6 %)	0,72
Електроімпульсна терапія	4 (21,1 %)	0	0,03
Етацизин при невагусних варіантах ФП (n=12)			
Самостійне відновлення	4 (33,3 %)	9 (75,0 %)	0,04
Антиаритмічний препарат	7 (58,3 %)	3 (25,0 %)	0,09
Електроімпульсна терапія	1 (8,3 %)	0	0,30
Етацизин + біспролол (n=8)			
Самостійне відновлення	1 (12,5 %)	4 (50,0 %)	0,10
Антиаритмічний препарат	6 (75,0 %)	4 (50,0 %)	0,30
Електроімпульсна терапія	1 (12,5 %)	0	0,30

характеризувалося збільшенням часу між зареєстрованими симптомними епізодами ФП у 5,7 разу – від 12 до 80 діб ($P < 0,0001$). Крім того, на тлі позитивного часткового антиаритмічного ефекту відзначено суттєве зменшення медіани тривалості симптомних епізодів у 5 разів – від 12 до 2 год ($P < 0,0001$).

Практично аналогічно виглядала динаміка нападів ФП у всіх інших групах лікування. Привертає увагу той факт, що більш переконливий вплив на тривалість нападів ФП спостерігали в групах етацизину при вагусному варіанті аритмії (зменшення в 11 разів – від 12 до 1 год; $P < 0,0001$) і в групі комбінованого застосування етацизину з біспрололом (зменшення в 10 разів – від 11 до 1 год; $P < 0,0001$).

Аналіз умов припинення нападів аритмії в пацієнтів з частковим антиаритмічним ефектом у цілому по групі ($n=86$) (табл. 4) показав, що на тлі 6-місячної антиаритмічної терапії суттєво збільшилася частка пацієнтів зі спонтанною конверсією синусового ритму (65,2 проти 37,1 %, $P=0,0008$) і відповідно зменшилася частка пацієнтів, які з метою відновлення синусового

ритму потребували застосування електроімпульсної терапії (3,3 проти 18,0 %, $P=0,006$). Аналогічну закономірність спостерігали в групах пропафенону й етацизину. Водночас у групі етацизину при вагусних варіантах ФП упродовж 6 місяців визначали суттєве зменшення частоти застосування електроімпульсної терапії (0 проти 21,1 %, $P=0,03$), у той час як у групі етацизину при невагусних варіантах аритмії – суттєве збільшення частоти спонтанного відновлення синусового ритму (75,0 проти 33,3 %, $P=0,04$).

Висновки

1. У пацієнтів з гіпертонічною хворобою без тяжких структурних уражень міокарда і частими нападами фібриляції передсердь антиаритмічна ефективність препаратів 1С класу впродовж 6 місяців становила 91,8 %. При цьому в 35,8 % випадків реєстрували повний (повна відсутність нападів фібриляції передсердь) і в 64,2 % – частковий антиаритмічний ефект, який характеризувався зменшенням частоти нападів аритмії, тривалості нападів та/або поліпшенням умов їх при-

пинення (відсутність необхідності госпіталізації і застосування інших антиаритмічних препаратів та електроімпульсної терапії).

2. Антиаритмічна ефективність пропafenону при невагусному варіанті фібриляції передсердь становила 62,6 %. Заміна препарату на етацизин при неефективності пропafenону виявилася ефективною в 41,9 % випадків. Водночас додавання до етацизину біспрололу підвищило ефективність терапії до 76,2 %. Побічні ефекти пропafenону, які потребували заміни препарату, зареєстровані у 9 (7,8 %), етацизину – у 6 (8,2 %) випадках.

3. Антиаритмічний ефект етацизину в цілому по групі впродовж 6 місяців зареєстровано у 62,2 % хворих. У групі пацієнтів з вагусним варіантом фібриляції передсердь він був високим (90,3 %), що дає підстави розглядати етацизин як препарат вибору у хворих з вагусним варіантом фібриляції передсердь.

4. У пацієнтів з частковим антиаритмічним ефектом на тлі застосування препаратів 1С класу впродовж 6 місяців зареєстровано збільшення часу між симптомними епізодами фібриляції передсердь у 5,7 разу і частки пацієнтів зі спонтанною конверсією синусового ритму з 37,1 до 65,2 %, зменшення тривалості симптомних епізодів у 5 разів і частки пацієнтів, яким з метою відновлення синусового ритму застосували електроімпульсну терапію, з 18,0 до 3,3 % ($P=0,006$).

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і проект дослідження, редагування статті – В.І.; збір та обробка матеріалу, статистичне опрацювання даних, написання тексту – Т.Д.

Література

1. Жарінов О.Й., Таласва Т.В., Ліщишина О.М. та ін. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Фібриляція передсердь. – Рекомендації Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України; 2016. – 136 с.
2. Іванов В.П. Клінічна ефективність та безпечність етацизину в пацієнтів із симптомною шлуночковою екстрасистолею без тяжких структурних уражень міокарда // Укр. кардіол. журн. – 2017. – № 4. – С. 90–99.
3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Фібриляція передсердь. Наказ МОЗ № 597 від 15.06.2016.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Наказ МОЗ № 384 від 24.05.2012 р.
6. Coumel P. Neural aspects of paroxysmal atrial fibrillation // Atrial fibrillation. Mechanisms and management / Ed. R.H. Falk, P.J. Podrid. – New York: Raven Press, 1992. – P. 109–125.
7. Kirchhof P, Benussi S., Kotecha D. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // Eur. Heart J. – 2016. – Vol. 37. – P. 2893–2962.
8. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. – 2013. – Vol. 31 (7). – P. 1281–1357.

Надійшла 30.03.2018 р.

Антиаритмическая эффективность и безопасность препаратов 1С класса этацизина и пропafenона у пациентов с гипертонической болезнью и частыми рецидивами фибрилляции предсердий

В.П. Иванов, Т.Д. Данилевич

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Цель работы – оценить антиаритмическую эффективность и безопасность препаратов 1С класса этацизина и пропafenона у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и частыми рецидивами фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 146 пациентов с ГБ II стадии и частыми рецидивами ФП. Возраст пациентов – 37–86 лет (в среднем $61,2 \pm 0,7$ года). 68 (46,6 %) обследованных составили мужчины. Пациентам была назначена постоянная антиаритмическая терапия. Антиаритмическую эффективность препаратов оценивали по субъективным ощущениям пациентов – при помощи самооценки пациентом частоты приступов ФП и их течения. Срок наблюдения за больными с момента подбора им эффективной антиаритмической терапии составил 6 мес. Фактический средний срок наблюдения за больными составил $8,2 \pm 0,4$ мес.

Результаты. В целом у 134 (91,8 %) пролеченных отмечали положительный антиаритмический эффект в течение 6 мес лечения. Так, в 48 (35,8 %) случаях был зарегистрирован полный и в 86 (64,2 %) – частичный антиаритмический эффект ($P < 0,0001$). Пропafenон показал антиаритмическую эффективность у 72 (62,6 %) больных. У 9 (7,8 %) пациентов наблюдали побочные реакции, которые требовали отмены препарата.

Положительный антиаритмический эффект этацизина был определен у 46 (62,2 %) больных. В группе пациентов с вагусным вариантом ФП он составил 90,3 %. Антиаритмическая эффективность этацизина у пациентов с невагусной ФП составила 41,9 %. Дополнительное применение бисопролола повысило эффективность этацизина до 76,2 %. Побочные реакции этацизина, которые требовали отмены препарата, были зарегистрированы у 6 (8,2 %) пациентов. В целом по группе наблюдали существенное уменьшение частоты приступов аритмии, которое характеризовалось увеличением времени между зарегистрированными симптомными эпизодами ФП в 5,7 раза – от 12 до 80 суток ($P < 0,0001$). Кроме того, на фоне положительного частичного антиаритмического эффекта отмечали существенное уменьшение медианы продолжительности симптоматических эпизодов в 5 раз – от 12 до 2 часов ($P < 0,0001$).

Выводы. Антиаритмическая эффективность препаратов 1С класса в течение 6 месяцев составила 91,8 %. Антиаритмическая эффективность пропafenона при невагусном варианте ФП составила 62,6 %. Антиаритмический эффект этацизина в целом по группе в течение 6 месяцев зарегистрирован у 62,2 % больных. В группе пациентов с вагусным вариантом ФП он был высоким и составил 90,3 %. В исследовании доказана антиаритмическая эффективность и безопасность этацизина и пропafenона у пациентов с ГБ и пароксизмальной ФП.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий, антиаритмические препараты, этацизин, пропafenон.

Antiarrhythmic efficacy and safety of 1C class antiarrhythmic agents ethacizin and propafenone in patients with arterial hypertension and frequent recurrences of atrial fibrillation

V.P. Ivanov, T.D. Danilevych

M.I. Pyrogov Vinnytsia National Medical University, Ukraine

The aim – to determine antiarrhythmic efficacy and safety of 1C class antiarrhythmic agents ethacizin and propafenone in patients with arterial hypertension (AH) and frequent recurrences of atrial fibrillation (AF).

Material and methods. 146 patients (age 37–86 years, 68 (46.6 %) males) with AH II stage and frequent recurrences of AF were examined. Antiarrhythmic therapy was used in all patients. The patient self-assessed the frequency of AF attacks and their course. The observation period from the time of the selection of effective antiarrhythmic therapy was 6 months. The actual average observation period for patients was 8.2 ± 0.4 months.

Results. In general, 134 (91.8 %) of the treated patients had a positive antiarrhythmic effect within 6 months of the treatment. Thus, in 48 (35.8 %) cases it was total and in 86 (64.2 %) – partial antiarrhythmic effect ($P < 0.0001$). Propafenone was effective in 72 (62.6 %) cases, ethacizin – in 46 (62.2 %) patients (in vagal AF – 90.3 %). An additional use of bisoprolol increased the efficacy of ethacizin to 76.2 %. The study drugs decreased the frequency of arrhythmias attacks, increasing the time between the registered symptomatic episodes of AF by 5.7 times – from 12 to 80 days ($P < 0.0001$). In addition, the median duration of symptomatic episodes was significantly decreased by 5.0 times – from 12 to 2 hours ($P < 0.0001$).

Conclusions. The study proved antiarrhythmic efficacy and safety of ethacizin and propafenone in patients with arterial hypertension and paroxysmal atrial fibrillation.

Key words: arterial hypertension, atrial fibrillation, antiarrhythmic drugs, ethacizin, propafenone.