

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

А.Ю. Юхновский

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: персистирующая фибрилляция предсердий, антиаритмическая терапия, аритмические предикторы, ишемическая болезнь сердца, безболевая ишемия миокарда.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее распространенных аритмий, встречающихся в клинической практике. Распространенность ФП в мире продолжает возрастать (до 1% среди общей популяции), особенно у пациентов пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) [1, 3].

Пристальное внимание исследователи обращают на проблему терапии при персистирующей форме ФП, в то время как лечение постоянной ФП хорошо изучено, а сама постоянная форма ФП является наиболее корригируемой аритмией. Так, нет единого алгоритма при выборе антиаритмического препарата для купирования пароксизмов ФП, нет четких рекомендаций по поводу антитромботического лечения при пароксизмальной ФП, также остается открытым вопрос о том, какой из антиаритмических препаратов наиболее эффективен и безопасен в отношении профилактики пароксизмов ФП [6, 8]. Обратной стороной медали является цена, которую платит пациент при использовании любого из антиаритмических агентов, степень риска проаритмических эффектов и серьезных экстракардиальных побочных реакций. В последнее десятилетие много внимания уделяется изучению антиаритмических препаратов IA, IC классов, известных для большинства ученых и практикующих врачей как препараты с высокой антиаритмической активностью [5, 9]. Однако ряд крупных плацебо-контролируемых рандомизированных испытаний показал, что наряду с высокой антиаритмической эффективностью достаточно высокий риск развития серьезных и жизнеугрожающих проаритмий, в том числе для пациентов с острым ИМ и тяжелой систолической дисфункцией левого желудочка. В то же время была показана довольно высокая эффективность и большая безопасность в плане развития проаритмий амиодарона (как для купирования, так и, особенно, для предупрежде-

ния срывов ритма у больных с ФП) [7]. Антифибрилляторная и антиаритмическая активность амиодарона связана зачастую с развитием серьезных органотоксических эффектов, особенно при длительном использовании препарата. Если вопрос о применении β -адреноблокаторов в терапии как при острых, так и при хронических формах ИБС закрыт — они обязательны и неотъемлемы в лечении этой категории больных, то использование β -адреноблокаторов для купирования и предупреждения пароксизмов ФП до конца не изучено [4].

Цель работы — сравнение антифибрилляторного и антиаритмического действия монотерапии амиодароном в поддерживающей дозе 200 мг, сочетания амиодарона в дозе 200 мг с β -адреноблокаторами и комбинации амиодарона в субтерапевтической дозе 100 мг с β -адреноблокаторами в индивидуально подобранной дозе для предупреждения срывов ритма при персистирующей ФП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 43 больных в возрасте от 48 до 78 лет с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения II—IV функциональных классов (ФК) с персистирующей формой ФП. Средняя длительность аритмического анамнеза у этих больных составила $(7,5 \pm 1,1)$ года.

В контрольную группу вошли 20 пациентов со стабильной стенокардией без ФП. В исследование было включено 30 мужчин и 13 женщин. Средний возраст всех больных с ФП был $(60,7 \pm 0,8)$ года, в контрольной группе — $(57 \pm 0,8)$ года.

Критерии включения в исследование: ИБС (стабильная стенокардия II—IV ФК) с персистирующей формой ФП. Критерии исключения: инфаркт миокарда в острой стадии, острый коронарный синдром, заболевания, являющиеся потенциальными источниками ФП (клапанная ФП, острые и подострые миоперикардиты, идиопатические кар-

диомиопатии, дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная, кардиомиопатии дисметаболической этиологии, хроническое легочное сердце).

Всем больным были назначены: поверхностная ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (СМ ЭКГ).

ЭКГ проводили на 6-канальном электрокардиографе фирмы «Сольвейг» (модель Diacard 3300) в 12 общепринятых отведениях. Оценивали следующие параметры: ЧСС желудочков во время пароксизма ФП, амплитуду и частоту волн f, глубину зубца S в отведении V₁, амплитуду зубца R в отведении V₆, индекс Соколова—Лайона (расчитанный как сумма глубины зубца S в отведении V₁ и амплитуды зубца R в отведении V₆), ширину зубца P.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводили аппаратом фирмы «Сольвейг» модель (DiaCard) 03100, по стандартному протоколу.

При проведении СМ ЭКГ оценивали следующие показатели: суправентрикулярная экстрасистолия высоких градаций (ранняя типа R на T, спаренная, политопная, эпизоды неустойчивой суправентрикулярной тахикардии), морфология зубца P (полярность, амплитуда, ширина зубца P), максимальное смещение сегмента ST под изолинию, количество эпизодов болевой миокардиальной ишемии, суммарная продолжительность эпизодов болевой миокардиальной ишемии, количество эпизодов безболевой миокардиальной ишемии, суммарная продолжительность эпизодов безболевой миокардиальной ишемии.

В зависимости от предлагаемой терапии пациенты были рандомизированы на три группы. Первую группу составили 14 больных, получавших в качестве препарата предупреждающего срывы ритма амиодарон по схеме: 1-я неделя в качестве насыщающей терапии 1200 мг/сут, 2-я и 3-я неделя по 800 мг/сут, 4-я неделя по 600 мг/сут с переходом на поддерживающую дозу 200 мг/сут. В случаях противопоказаний или указаний на плохую переносимость β-адреноблокаторов их в этой группе не назначали.

Учитывая рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) в отношении необходимости проведения антитромботической терапии, использована классификационная схема, согласно которой тромбоэмболические осложнения (ТЭО) у больных с ФП оценивают при помощи следующей системы начисления баллов:

Фактор риска	Баллы
МИ в анамнезе	2
Систолическая дисфункция	1
Возраст > 75 лет	1
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1

При наличии 3 и более баллов абсолютно показан прием варфарина в индивидуально подобранной дозе с поддержанием международного нормализованного отношения (МНО) от 2,0 до 3,0.

Если пациент имеет 2 балла, приемлема комбинация «Аспирин» в дозе 75 мг и варфарина в низ-

кодозовом режиме с поддержанием МНО в пределах 1,5. При 1 балле и менее тактика ведения ограничивается приемом «Аспирин» от 75 до 150 мг/сут. В наших наблюдениях эта группа больных с персистирующей формой ФП имела в среднем (1,1 ± 0,12) балла. В качестве антитромботического средства назначали «Аспирин» в дозе 150 мг/сут.

Вторую группу с персистирующей формой ФП составили 14 пациентов. Как антифибрилляторный и антиаритмический препарат пациенты получали амиодарон по схеме с переходом на поддерживающую дозу 200 мг/сут в комбинации с метопрололом в индивидуально подобранной дозе. Учитывая, что риск ТЭО составлял (1,3 ± 0,14) балла, больным назначали 150 мг/сут «Аспирин».

В третью группу вошли 15 больных с персистирующей формой ФП. Для удержания синусового ритма назначали амиодарон, по схеме с переходом на поддерживающую дозу 100 мг в комбинации с метопрололом в индивидуально подобранной дозе. Таким образом, в этой группе была использована субтерапевтическая доза амиодарона. Учитывая, что риск развития ТЭО составил (1,2 ± 0,18) балла пациенты принимали «Аспирин» 150 мг/сут. В качестве базовой терапии пациенты всех трех групп получали ингибиторы АПФ — эналаприл 10 мг/сут, статины — симвастатин 20 мг/сут, по показаниям — пролонгированные нитраты, мочегонные.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Параметры поверхностной ЭКГ у больных с персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном, амиодароном с β-блокаторами и сочетанием субтерапевтических доз амиодарона и β-блокаторов представлены в табл. 1—3.

Таким образом, в динамике лечения больных с персистирующей формой ФП, получающих различную терапию амиодароном, параметры поверхностной ЭКГ существенно не отличались от исходных, что указывает, с одной стороны, на небольшой временной интервал, в течение которого показатели ЭКГ не успевают претерпеть изменений, как и процессы ремоделирования миокарда желудочков, с другой стороны, такие параметры, как частота и амплитуда волн фибрилляции, имеют собственную векторную закономерность, отражающую эндокардиальную электрическую активность предсердного миокарда и при персистирующей ФП незначительно подвержены фармакологическому воздействию.

Следует отметить, что в динамике терапии на 14-е сутки и к 3-му месяцу лечения достоверно (P < 0,05) снижалась ЧЖО во время пароксизма ФП, особенно в группе больных, получающих комбинированную терапию амиодароном в дозе 200 мг/сут и β-адреноблокаторов, что указывает на увеличение ЭРП АВ узла и нарастание АВ узловой блокады, что в свою очередь препятствует более частой желудочковой активации.

Мы рассматриваем этот факт как тормозящее действие амиодарона и β-адреноблокаторов на АВ узловую проводимость во время пароксизма ФП.

Таблиця 1. Параметри ЕКГ у больних ІБС з персистирующей ФП в динамике монотерапии амиодароном в дозе 200 мг/сут ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
ЧСС во время пароксизма в 1 мин	80,8 ± 9,9	78,2 ± 8,5*	73,1 ± 7,5*#
Амплитуда волн f, мм	0,7 ± 0,11	0,8 ± 0,13	1,0 ± 0,19
Частота волн f в 1 мин	510 ± 59,6	500 ± 58,2*	480 ± 56,6#

Примечание. Здесь и далее. Достоверность различий: * с исходными данными; # с данными на 14-е сутки.

Таблиця 2. Параметри ЕКГ у больних ІБС з персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном в дозе 200 мг/сут и β-адреноблокаторами ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
ЧСС во время пароксизма в 1 мин	87,2 ± 6,1	74,3 ± 4,1*	70,6 ± 4,2*#
Амплитуда волн f, мм	0,8 ± 0,08	1,1 ± 0,06	1,3 ± 0,04
Частота волн f в 1 мин	550,2 ± 23,4	520 ± 21,5*	490 ± 19,2#

Таблиця 3. Параметри ЕКГ у больних ІБС з персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном в дозе 100 мг/сут и β-адреноблокаторами ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
ЧСС во время пароксизма в 1 мин	92,2 ± 4,1	80,1 ± 4,8*	76,6 ± 4,7*#
Амплитуда волн f, мм	0,9 ± 0,07	1,0 ± 0,04	1,2 ± 0,05
Частота волн f в 1 мин	550,2 ± 18,4	530 ± 20,1*	510 ± 17,4#

Необходимо подчеркнуть, что в межприступном периоде прироста интервала PR не отмечено ни в одной из групп, что свидетельствует о нормальном АВ узловом проведении. Есть основание полагать, что снижение ЧЖО во время пароксизма ФП обусловлено действием не только амиодарона на АВ-соединение, но и дополнительным влиянием β-адреноблокаторов на вегетативную симпатическую иннервацию системы Гиса и АВ узла, что, в свою очередь, приводит к торможению АВ проведения к желудочкам.

Поскольку по мнению М.С. Кушаковского начало пароксизма, как правило, сопровождается «вегетативной бурей», то объяснимым становится действие вышеуказанных препаратов на систему Гиса — Пуркинью [2].

Необходимо подчеркнуть, что наблюдались достоверное ($P < 0,05$) уменьшение частоты волн фибрилляции и увеличение их амплитуды, хотя ФП классифицировалась как мелковолновая. Также было отмечено достоверное ($P < 0,05$) уменьшение ЧЖО, особенно к концу исследования. С одной стороны, мы считаем, что это явление указывает на косвенное увеличение эффективного рефрактерного периода предсердий и снижение количества петель micro-re-entry и векторной активации предсердий, уменьшающих скрытое АВ узловое проведение на желудочки и способствующих ускорению желудочкового ритма. С другой стороны, улучшению АВ узлового проведения и

учащению желудочкового ритма препятствует прием β-адреноблокаторов и амиодарона, также обладающего антиадренергическими свойствами, тормозящими АВ узловое проведение во время пароксизма ФП. Подобное мнение высказывают и другие авторы [10].

Параметры СМ ЭКГ при персистирующей форме ФП на фоне полноразовой терапии амиодароном и в сочетании с β-адреноблокаторами представлены в табл. 4—6.

Следует отметить достоверное ($P < 0,05$) снижение показателей МПФПС, средней продолжительности аритмии в сутки, суммарной продолжительности болевой миокардиальной ишемии, эктопической активности высоких градаций как на 14-е сутки, так и к концу исследования. Показатели эпизодов безболевой миокардиальной ишемии, максимального смещения сегмента ST не претерпели достоверных изменений как к 14-м суткам наблюдения, так и к концу исследования.

Следует отметить, что добавление β-адреноблокаторов к амиодарону приводит к достоверному ($P < 0,05$) снижению показателей безболевой миокардиальной ишемии к концу периода наблюдения. Динамика уменьшения максимального смещения сегмента ST отражает достоверное ($P < 0,05$) снижение этого показателя, как на 14-е сутки, так и к концу периода наблюдения.

Параметры СМ ЭКГ у больных с персистирующей формой ФП на фоне сочетанного применения

Таблиця 4. Параметри СМ ЕКГ у больных ИБС с персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном в дозе 200 мг/сут ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
Максимальная продолжительность ФП, мин	2220,3 \pm 210,2	108,9 \pm 15,6*	48,7 \pm 13,2*#
Средняя продолжительность аритмии в сутки	624,6 \pm 92,4	72,4 \pm 10,2*	34,6 \pm 7,2*#
Суточное количество пароксизмов	1,3 \pm 0,5	1,1 \pm 0,3	0,7 \pm 0,1
Количество эпизодов болевой ишемии миокарда	0,9 \pm 0,41	0,7 \pm 0,22	0,5 \pm 0,17
Суммарная продолжительность болевой ишемии, мин	3,5 \pm 1,63	2,9 \pm 1,24	2,3 \pm 0,86*
Количество эпизодов безболевой ишемии	1,0 \pm 0,55	0,9 \pm 0,47	0,7 \pm 0,39
Суммарная продолжительность безболевой ишемии, мин	4,8 \pm 2,75	4,1 \pm 2,15	3,9 \pm 1,76
Эктопия высоких градаций (наджелудочковые)	598 \pm 61,3	478 \pm 56,3*	391 \pm 45,9*#
Максимальное смещение ST, мм	1,5 \pm 0,30	1,3 \pm 0,21	0,9 \pm 0,12

Таблиця 5. Параметри СМ ЕКГ у больных ИБС с персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном в дозе 200 мг/сут и β -адреноблокаторами ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
Максимальная продолжительность ФП, мин	2476,3 \pm 246,5	68,7 \pm 9,4*	28,6 \pm 5,2*#
Средняя продолжительность аритмии в сутки	674,6 \pm 94,6	38,4 \pm 9,8*	25,4 \pm 6,3*#
Суточное количество пароксизмов	1,5 \pm 0,62	1,3 \pm 0,58	0,5 \pm 0,12*
Количество эпизодов болевой ишемии миокарда	0,9 \pm 0,15	0,4 \pm 0,17	0,2 \pm 0,10
Суммарная продолжительность болевой ишемии, мин	5,8 \pm 1,0	4,4 \pm 1,0*	2,2 \pm 0,8*#
Количество эпизодов безболевой ишемии	1,2 \pm 0,10	0,8 \pm 0,10	0,4 \pm 0,10*
Суммарная продолжительность безболевой ишемии, мин	5,2 \pm 1,63	4,9 \pm 1,44	3,2 \pm 1,12*#
Эктопия высоких градаций (наджелудочковые)	654,5 \pm 68,3	484,3 \pm 58,4*	122,4 \pm 32,1*#
Максимальное смещение ST, мм	1,5 \pm 0,19	0,7 \pm 0,13*	0,5 \pm 0,11*

Таблиця 6. Параметри СМ ЕКГ у больных ИБС с персистирующей формой ФП в динамике лечения амиодароном в дозе 100 мг/сут и β -адреноблокаторами ($M \pm m$)

Показатель	Исходно	На 14-е сутки	Через 3 мес
Максимальная продолжительность ФП, мин	1998,1 \pm 210,2	88,9 \pm 9,6*	36,7 \pm 7,8*#
Средняя продолжительность аритмии в сутки	536,6 \pm 89,4	54,4 \pm 8,6*	29,6 \pm 7,2*#
Суточное количество пароксизмов	1,4 \pm 0,76	1,2 \pm 0,57	0,6 \pm 0,15
Количество эпизодов болевой ишемии миокарда	0,7 \pm 0,15	0,6 \pm 0,13	0,4 \pm 0,13
Суммарная продолжительность болевой ишемии, мин	5,1 \pm 1,1	4,6 \pm 0,9*	2,8 \pm 0,52*#
Количество эпизодов безболевой ишемии	1,3 \pm 0,1	1,0 \pm 0,09	0,6 \pm 0,04*
Суммарная продолжительность безболевой ишемии, мин	4,4 \pm 1,1	4,3 \pm 0,9	3,3 \pm 0,8*#
Эктопия высоких градаций (наджелудочковые)	695,4 \pm 61,5	576,2 \pm 32,6*	167,5 \pm 35,4*#
Максимальное смещение ST, мм	1,6 \pm 0,5	1,1 \pm 0,3	0,7 \pm 0,1*

субтерапевтичної дози амиодарона 100 мг/сут і β-адреноблокаторів представлені в табл. 6.

Изучив данные СМ ЭКГ во всех трех группах, мы заключили следующее: показатели максимальной продолжительности ФП за сутки, средней продолжительности аритмии за сутки, достоверно снижались во всех группах как на 14-е сутки, так и концу периода наблюдения. Однако при сравнении пациентов, получавших комбинированную терапию амиодароном 200 мг и β-адреноблокаторы в индивидуально подобранной дозе, больных, принимавших амиодарон 100 мг с β-адреноблокаторами и пациентов, которым был назначен амиодарон 200 мг в качестве монотерапии, в первых двух группах эти показатели оказались достоверно ($P < 0,05$) ниже, чем при монотерапии амиодароном 200 мг.

У пациентов, получавших амиодарон в дозе 200 мг с метопрололом и сочетание амиодарона 100 мг с метопрололом, показатели максимальной продолжительности ФП за сутки и средней продолжительности аритмии в сутки были сопоставимы. Анализ эпизодов болевой и безболевой миокардиальной ишемии показал: количество эпизодов болевой миокардиальной ишемии, суммарная продолжительность болевой миокардиальной ишемии, количество эпизодов безболевой миокардиальной ишемии, суммарная продолжительность эпизодов безболевой миокардиальной ишемии было достоверно ниже в группах, где пациенты принимали комбинацию амиодарона с β-адреноблокаторами по сравнению с монотерапией амиодароном, что подтверждает антиишемические свойства β-адреноблокаторов [11]. Это предположение подтверждается в некоторой степени динамикой уменьшения максимальной депрессии сегмента ST. Достоверные различия при изучении показателей болевой и безболевой миокардиальной ишемии в группе больных, получивших полную поддерживающую дозу амиодарона 200 мг и субтерапевтическую дозу, не выявлены.

При анализе суммарной эктопической активности, в том числе наджелудочковой экстрасистолии высоких градаций установлено, что максимальное подавление ранней, ранней спаренной, политопной экстрасистолии отмечалось у больных в группах пациентов, которым была назначена комбинированная терапия амиодароном и β-адреноблока-

торами. Мы полагаем, что наряду с воздействием амиодарона на эффективный рефрактерный период предсердий β-адреноблокаторы, обладая антиишемическими свойствами и антиаритмической активностью, подавляют эктопические источники в сочетании с амиодароном в большей степени, чем амиодарон, применяемый в качестве монотерапии. Суммарное количество наджелудочковых эктопий достоверно ($P < 0,05$) снижалось как к 14-м суткам наблюдения, так и через 3 мес терапии. Достоверные количественные различия между давлением суммарной эктопической активности в группах больных, получавших амиодарон 200 мг и β-адреноблокаторы, амиодарон в субтерапевтической дозе 100 мг и β-адреноблокаторы, к концу периода наблюдения не обнаружены. Динамика максимального смещения сегмента ST в ходе лечения отражает недостоверное ($P < 0,05$) снижение этого показателя у пациентов, принимавших комбинированную антиаритмическую терапию по сравнению с больными, которым была назначена монотерапия амиодароном.

Резюмируя данные СМ ЭКГ у пациентов всех трех групп, можно сделать следующий вывод: добавление β-адреноблокаторов к терапии амиодароном способствует более выраженной и достоверной динамике вышеуказанных параметров. Между тем в группе больных, получавших амиодарон 200 мг и β-адреноблокаторы, и амиодарон в субтерапевтической дозе 100 мг, достоверные различия по этим показателям не отмечены.

ВЫВОДЫ

Сочетанное применение амиодарона и β-адреноблокаторов эффективнее монотерапии амиодароном в дозе 200 мг.

У пациентов с персистирующей формой ФП комбинация амиодарона в субтерапевтической дозе 100 мг и метопролола в индивидуально подобранной дозе от 25 до 100 мг не уступает по антиаритмической эффективности терапии амиодароном 200 мг и метопролола в индивидуально подобранной дозе от 25 до 100 мг.

Антиишемическая активность метопролола потенцирует эффекты амиодарона, способствуя предупреждению ФП, особенно у пациентов с эпизодами как болевой, так и безболевой ишемии миокарда.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дядык А.И., Ватутин Н.Т., Гриценко П.В. Патогенез фибрилляции предсердий // Укр. кардиол. журн.— 1997.— № 3.— С. 63—66.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца.— 2-е изд.— СПб: Фолиант, 1998.— С. 16—82.
3. Кушаковский М.С. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий // Междунар. мед. журн.— 1998.— Т. 4, № 1.— С. 23—26.
4. Старичков С.А., Миллер О.Н., Скурихина О.Н. Возможности комбинированной терапии в профилактике

пароксизмов фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией // Вестн. аритмологии.— 2007.— № 47.— С. 10—14.

5. Федякина Л.Ф., Бунин Ю.А. Профилактика пароксизмов фибрилляции предсердий комбинациями амиодарона с антиаритмиками IC, II и IV классов // Анналы аритмологии.— 2007.— № 3 (прил. № 327).

6. Филенко С.А., Хирманов В.Н., Нестеров В.П. Новые подходы к подбору противорецидивной терапии пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца // Вестник аритмологии.— 2002.— № 29.— С. 28—36.

7. *Boutitie F., Boissel J.P., Connolly S.J. et al.* Amiodarone interaction with beta-blockers: analysis of the merged EMIAT (European Myocardial Infarct Amiodarone Trial) and CAMIAT (Canadian Amiodarone Myocardial Infarction Trial) databases. The EMIAT and CAMIAT Investigators // *Circ.*— 1999.— Vol. 99.— P. 2268—2275.

8. *Connolly S.J., Dorian P., Roberts R.S., et al.* Comparison of beta-Blockers, Amiodarone Plus beta-Blockers, or Sotalol for Prevention of Shocks From Implantable Cardioverter Defibrillators: The OPTIC Study: A Randomized Trial // *JAMA.*— 2006.— N 295 (2).— P. 165—171.

9. *Hohnloser S.H., van de Loo A., Baedeker F.* Efficacy and proarrhythmic hazards of pharmacologic cardioversion of atrial fibrillation: prospective comparison of sotalol versus quinidine // *J. Am Coll. Cardiol.*— 1995.— N 26 (4).— P. 852—858.

10. *Wiegand U.K., Bonnemeier H.* Heart rate variability preceding the onset of atrial fibrillation // *Herz.*— 2001.— Bd. 26.— S. 49—54.

11. *Wood M.A., Brown-Mahoney C., Kay G.N., Ellenbogen K.A.* Clinical outcomes after ablation and pacing therapy for atrial fibrillation: a meta-analysis // *Circulation.*— 2000.— Vol. 101.— P. 1138—1144.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ СТРАТЕГІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

О.Ю. Юхновський

Обґрунтовано різні підходи до лікування пацієнтів із персистуючою формою фібриляції передсердь: монотерапію аміодароном, аміодароном у субтерапевтичній дозі 100 мг у поєднанні з β-адреноблокаторами та повнодозова комбінація аміодарону та β-адреноблокаторів в індивідуально підтримувальній дозі, як до антифібриляторного ефекту, так і до антиаритмічної дії. Встановлено, що субтерапевтична доза аміодарону 100 мг із β-адреноблокаторами в індивідуально підтримувальній дозі має не менш суттєву антиаритмічну та антифібриляторну дію на тригери, аритмічні предиктори та показники міокардіальної ішемії у хворих на ішемічну хворобу серця із персистуючою формою фібриляції передсердь.

THE CHOICE OF OPTIMAL MEDICAMENTAL STRATEGY FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERSISTENT FORM OF ATRIAL FIBRILLATION

A.U. Uchnovski

The article gives the ground for the different strategy of the approach to the treatment of patients with the persistent atrial fibrillation: monotherapy with amiodaron, amiodaron in a subtherapeutic dose of 100 mg in combination with beta-adrenoblockers and amiodaron in a full-dose and β-adrenoblockers in the individual maintenance dose, from the point of view of both antiarrhythmic and antifibrillation effects. It has been established that the amiodaron in subtherapeutic dose of 100 mg in combination with β-adrenoblockers in the individual maintenance dose has not less expressed antiarrhythmics and antifibrillation effects on triggers, arrhythmic predictors and parameters of a myocardial ischemia in patients with coronary heart diseases with the persistent atrial fibrillation.