



Обзор

Безопасно ли применять антиаритмические препараты IC класса у пациентов с фибрилляцией предсердий и ишемической болезнью сердца или сердечной недостаточностью?

А.В. Сыров✉

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия
✉ syrman2002_1@yahoo.com

Аннотация

Фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной аритмией, требующей лечения. Антиаритмические препараты (ААП) IC класса являются ключевыми препаратами для эффективного контроля ритма при ФП. Имеющиеся данные говорят о повышенной смертности, связанной с применением ААП IC класса у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и при сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса $\leq 40\%$. В данной статье обсуждается возможность применения ААП IC класса пропafenона и флекаинида у пациентов с ФП, ишемической болезнью сердца при отсутствии активной ишемии и сердечной недостаточностью без существенного снижения систолической функции левого желудочка. Акцент сделан на препарате пропafenон (Пропанорм®), который является наиболее часто применяемым препаратом IC класса в России.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, антиаритмическая терапия, пропafenон, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность.

Для цитирования: Сыров А.В. Безопасно ли применять антиаритмические препараты IC класса у пациентов с фибрилляцией предсердий и ишемической болезнью сердца или сердечной недостаточностью? *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (2): 136–140.

DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00782

Review

Is that safe to use class IC antiarrhythmic drugs in patients with atrial fibrillation and coronary artery disease or heart failure?

Andrey V. Syrov✉

Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia
✉ syrman2002_1@yahoo.com

Abstract

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia requiring treatment. Class IC antiarrhythmic drugs (AADs) are key agents for effective rhythm control in AF. Available data indicate increased mortality associated with the use of Class IC AADs in patients with myocardial infarction and heart failure with a reduced ejection fraction $\leq 40\%$. This article discusses the use of Class IC drugs, propafenone and flecainide, in patients with AF, coronary artery disease in the absence of active ischemia, and heart failure without significant reduction in left ventricular systolic function. The focus is on propafenone (Propanorm®), which is the most commonly used Class IC drug in the Russian Federation.

Keywords: atrial fibrillation, antiarrhythmic therapy, propafenone, coronary heart disease, heart failure.

For citation: Syrov A.V. Is that safe to use class IC antiarrhythmic drugs in patients with atrial fibrillation and coronary artery disease or heart failure? *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 136–140 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00782

Фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной аритмией, требующей лечения. Предполагаемая распространенность ФП у взрослого населения составляет от 2 до 4% [1]. Антиаритмические препараты (ААП) IC класса являются ключевыми препаратами для эффективного контроля ритма при ряде аритмий, в первую очередь при ФП. Учитывая высокую распространенность аритмий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сердечной недостаточностью (СН), несмотря на данные о повышенной смертности, связанной с применением ААП IC класса у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), и при СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) $\leq 40\%$ [1–4], может быть целесообразно пересмотреть безопасность применения этих препаратов у пациентов с ИБС при отсутствии

активной ишемии и СН без существенного снижения систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

Использование стратегии контроля ритма с помощью фармакотерапии ограничено специфическими противопоказаниями к применению ААП и возможными побочными эффектами. В действующих рекомендациях ААП IC класса пропafenон и флекаинид являются препаратами 1-й линии для лечения ФП, трепетания предсердий, желудочковых экстрасистол и наджелудочковой тахикардии. В рекомендациях содержится предостережение против применения этих препаратов у пациентов со структурными заболеваниями сердца, в частности ИБС и СН. Проведение антиаритмической терапии (ААТ) основано на действующих рекомендациях [1–3], а подробная информация о конкретных

ААП наиболее полно представлена в клиническом консенсусном заявлении Европейской ассоциации нарушений сердечного ритма и Европейского общества кардиологии 2025 г. [4].

Однако в реальной клинической практике при применении ААП существует ряд вопросов, не имеющих однозначных ответов в действующих рекомендациях. В данной статье представлена информация об ААП IC класса – пропafenоне и флекаиниде, возможностях их применения у пациентов с ФП, ИБС и СН. Акцент сделан на препарате пропafenон (Пропанорм®), который является наиболее часто применяемым препаратом IC класса в Российской Федерации как для планового лечения, так и для купирования приступов ФП. Это связано с наличием двух форм препарата – пероральной и внутривенной, длительным положительным опытом применения в России, доступностью препарата.

Профиль безопасности ААП класса IC и связанные с ним ограничения на их применение в значительной степени основаны на результатах исследования CAST (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) 35-летней давности, однако более поздние данные могут свидетельствовать в пользу пересмотра подхода к применению ААП IC класса в отдельных группах пациентов. Этот пересмотр стал возможен благодаря результатам новых исследований и достижениям в области коронарной реперфузии сердца, лечения СН и методов кардиологического обследования.

ААП IC класса изначально разрабатывались для подавления желудочковых аритмий (ЖА). Исследование CAST [5] вызвало опасения, что эти препараты могут провоцировать опасные для жизни ЖА, основываясь на повышенной смертности у пациентов после ИМ. Результаты исследования были опубликованы в 1991 г. (!). Предполагалось, что желудочковая экстрасистолия (особенно более 10 экстрасистол в час, выявленных при суточном мониторинге электрокардиограммы) является фактором риска внезапной и невнезапной сердечной смерти после ИМ. Была поставлена задача определить, снизит ли уровень смертности от аритмии подавление бессимптомных или малосимптомных ЖА с помощью лекарственной ААТ после ИМ. В многоцентровом рандомизированном двойном слепом исследовании с участием 1498 пациентов, перенесших ИМ в сроки более 6 дней, но менее 2 лет назад, с ФВ ЛЖ 55% или ниже изучалось применение флекаинида, энкаинида (позднее и морицизина – исследование CAST II) по поводу не угрожающих жизни ЖА.

В группе пациентов, получавших препараты IC класса, относительный риск избыточной смертности от аритмии и нефатальных остановок сердца был в 3,6 раза выше. Общая смертность в группе ААТ также была достоверно выше, чем в группе сравнения (7,7% и 3% соответственно). Прогноз был наихудшим у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ. Средняя продолжительность лечения в этом исследовании составила 10 мес. Предполагалось, что проаритмический эффект препаратов IC класса связан со снижением скорости проведения им-

пульсов по миокарду, что предрасполагает к повторному возбуждению в миокарде вокруг и через области постинфарктных изменений. К сожалению, результаты исследования были механически распространены на всех пациентов с известной ИБС и на пациентов с любыми признаками структурных заболеваний сердца [6]. Результаты исследования CAST также подчеркнули важность применения β -адреноблокаторов (β -АБ) для улучшения выживаемости пациентов после ИМ. Было показано, что применение β -АБ в сочетании с препаратом IC класса нейтрализует общую смертность по сравнению с группой плацебо [7].

Достаточно быстро основное применение препаратов IC класса стало приходиться на лечение ФП. Экстраполяция результатов CAST на другие группы пациентов, не принимавших участие в исследовании, привела к изменению стандартов назначения ААП, в том числе пропafenона – препарата IC класса, который вообще не изучался в исследовании. В последующих рекомендациях по лечению ФП было рекомендовано воздержаться от применения всех препаратов IC класса у пациентов с подтвержденной ИБС. Такой подход сохраняется и в самых поздних рекомендациях по лечению ФП и трепетания предсердий [1, 2]. Кроме того, эксперты рекомендуют проводить скрининг на ИБС с помощью стресс-теста перед началом приема препаратов IC класса [3].

Спустя 35 лет вполне обоснованно усомниться в значимости результатов исследования CAST, учитывая широкое применение современных методов лечения в кардиологии, включающих тромболитическую терапию и рентгенохирургические методы реваскуляризации, а также широкое применение препаратов, улучшивших показатели смертности после ИМ, таких как антиагреганты, статины, ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, сакубитрил/валсартан).

За последние годы появился целый ряд исследований и метаанализов, заставляющих усомниться в существующих подходах к применению ААП IC класса пропafenона и флекаинида. Исследование S. Kiani и соавт. [8] представляет данные о безопасности применения ААП IC класса у пациентов с ФП и различной выраженностью ИБС. Проведен ретроспективный анализ данных за 16 лет, с 2005 по 2021 г. В анализ были включены данные 3445 пациентов. В исследовании участвовали пациенты, получавшие ААП IC класса (79% – флекаинид, 21% – пропafenон), а в качестве контроля – 2216 пациентов, получавших соталол (87%) или дофетилид. Пациенты с ИБС были разделены на группы с не-обструктивной и обструктивной ИБС и сравнивались с группой без известной ИБС. Пациенты с анамнезом желудочковой тахикардии (ЖТ), имплантируемым кардиовертером-дефибриллятором или нереваскуляризованным ИМ были исключены. С помощью регрессионного анализа Кокса и после корректировки на исходные переменные была показана худшая выживаемость без сердечно-сосудистых событий (относитель-

ный риск 3,80; 95% доверительный интервал 1,67–8,67; $p=0,002$) в группе с обструктивной ИБС при применении ААП IC класса. Препараты IC класса были безопасны для применения у пациентов с необструктивной ИБС и СН. Хотя исследователи сообщают о некоторых ограничениях своего исследования, включая его ретроспективный характер и низкий уровень применения β -АБ (16,5% в группе ААП IC класса и 19,25% – в группе соталола и дофетилида), но у большинства пациентов не было СН (систолическая СН – у 8% и 21,4%, диастолическая – у 2,3% и 5% в группах ААП IC и III класса соответственно).

В исследовании J. Jeong и соавт. 2025 г. [9] изучалось применение ААП IC класса в сравнении с ААП III класса у пациентов с ФП и структурными заболеваниями сердца. На основе общенациональной базы данных медицинского страхования Южной Кореи были обследованы пациенты, которым впервые был поставлен диагноз ФП в период с 2013 по 2019 г., были включены пациенты с диагнозом гипертрофической кардиомиопатии, обструктивной ИБС или СН. Первичной конечной точкой был комбинированный показатель смертности от всех причин, внезапной остановки сердца и ЖА. Всего были проанализированы данные 38 378 пациентов. Необходимо отметить, что пациенты в группе ААП III класса были старше и имели более высокие баллы по шкале CHA₂DS₂-VASc. Полученные результаты показали, что применение ААП IC класса было связано с более низким риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Был сделан вывод, что ААП IC класса могут быть вариантом контроля ритма у пациентов с ФП и стабильными структурными заболеваниями сердца.

По результатам исследования S. Сау и соавт. [10], включившего 212 пациентов с легкой и умеренной ИБС, которым проводилась абляция ФП и которые получали либо пропafenон, либо амиодарон в течение 3-месячного периода наблюдения после абляции, был сделан вывод, что применение пропafenона после абляции ФП у пациентов с легкой и умеренной ИБС может быть эффективным и безопасным. У пациентов с умеренной ИБС наблюдался схожий с амиодароном профиль безопасности, при этом не было отмечено серьезных желудочковых аритмических событий.

В исследовании T. Burnham и соавт. [11] были получены аналогичные результаты при сравнении флекаинида с ААП III класса у пациентов с ФП и стабильной ИБС без ишемии или перенесенного ИМ. В исследовании с участием 24 315 пациентов, начавших лечение ААП, были оценены две группы: 1-я – пациенты с ФП и ИБС, подобранные по классу ААП – флекаинид ($n=1114$) против ААП III класса ($n=1114$), 2-я – пациенты с ФП, перенесшие чрескожное коронарное вмешательство или аортокоронарное шунтирование – флекаинид ($n=150$) и ААП III класса ($n=1453$). В течение 3 лет сравнивались показатели смертности, госпитализации по поводу СН, ЖТ и серьезных сердечно-сосудистых событий (Major Adverse Cardiovascular Events – MACE) между группами. Через 3 года показатели смертности

(9,1% против 19,3%, $p<0,0001$), госпитализации по поводу СН (12,5% против 18,3%, $p<0,0001$), серьезных сердечно-сосудистых событий (22,9% против 36,6%, $p<0,0001$) и ЖТ (5,8% против 8,5%, $p=0,02$) были значительно ниже в группе флекаинида в 1-й группе. Во 2-й группе показатели нежелательных явлений также были ниже, хотя и незначительно, в группе флекаинида по сравнению с группой ААП III класса по показателям смертности (20,9% против 25,8%, $p=0,26$), госпитализации по поводу СН (24,5% против 26,1%, $p=0,73$), ЖТ (10,9% против 14,7%, $p=0,28$) и серьезных сердечно-сосудистых событий (44,5% против 49,5%, $p=0,32$).

В ретроспективном исследовании H. Ashraf и соавт. [12] с участием 348 пациентов с необструктивной и обструктивной ИБС было показано, что флекаинид безопасен и не приводит к увеличению общей смертности. Небольшое пилотное исследование P. Pantlin и соавт. ($n=78$, флекаинид 76%, пропafenон 24%) показало, что у пациентов с ФП, имеющих сохраненную функцию ЛЖ $>50\%$ и ПЭТ-сканирование с контрастным веществом, указывающее на скрытую ИБС, лечение ААП IC класса не увеличивало смертность [13].

Целый ряд исследований по применению пропafenона (Пропанорм®) у коморбидных пациентов с ФП, в частности с ИБС и СН без выраженного снижения систолической функции ЛЖ, был проведен в России. Полученные результаты подтвердили высокую эффективность и безопасность применения как пероральной, так и внутривенной форм препарата, что нашло отражение в рекомендациях «Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика» [14–18].

В открытое многоцентровое исследование ПРОМЕТЕЙ были включены 503 пациента с персистирующей формой ФП в возрасте от 31 года до 68 лет ($57,1 \pm 2,5$ года). Группу 1 составили 285 пациентов, которым для купирования пароксизма ФП назначался пропafenон (Пропанорм®, PRO.MED.CS) в дозе 600 мг внутрь. Во 2-ю группу вошли 218 пациентов, у которых пропafenон применялся для профилактики пароксизмов ФП в суточной дозе 450 мг. Эффективность поддерживающей ААТ оценивали через 1, 3 и 9 мес от начала лечения. Большое число включенных в исследование пациентов – 159 (56%) в 1-й группе и 32 (15%) во 2-й – имели ИБС.

При пероральном приеме нагрузочной дозы 600 мг пропafenона синусовый ритм был восстановлен у 230 (81%) пациентов. Время восстановления составило в среднем 210 ± 50 мин. Купирующий эффект пропafenона в первые 4 ч от приема препарата отмечен у 182 (64%) пациентов. Эффективность пропafenона для купирования пароксизма ФП определялась давностью пароксизма: при продолжительности более 48 ч эффективность проводимой ААТ значительно снижалась. Применение препарата было безопасным. Результаты профилактической терапии оценивались при лечении больных 2-й группы. Синусовый ритм через 1 мес лечения пропafenоном в суточной дозе 450 мг сохранился у 161 (74%), через 3 мес ААТ – у 130 (60%), через 9 мес – у 98 (45%) пациентов.

Плановое применение пропafenона в суточной дозе 450 мг являлось эффективным и безопасным методом сохранения синусового ритма у больных с персистирующей формой ФП, в том числе и с ИБС [16].

В многоцентровом открытом рандомизированном проспективном сравнительном исследовании ПРОСТОР изучались клиническая эффективность и безопасность плановой терапии пропafenоном (Пропанорм®, n=59) и амиодароном (Кордарон®, n=51) у больных с ФП в сочетании с артериальной гипертензией, ИБС и хронической СН с сохраненной систолической функцией ЛЖ. Наблюдение продолжалось в течение 12 мес. Эффективность Пропанорма в предотвращении пароксизмов ФП не уступала таковой при использовании Кордарона и составила 67,4% через 6 мес терапии и 54,2% через 12 мес лечения. Эффективность Кордарона – 62,7 и 52,9% соответственно. Пропанорм® оказался более безопасным у больных с заболеваниями сердца по сравнению с Кордароном [17].

ААП IC класса остаются препаратами 1-го выбора для лечения ФП, пароксизмальных наджелудочковых тахикардий и предсердных тахикардий у пациентов без выраженных структурных заболеваний сердца. Они достаточно безопасны для начала лечения в амбулаторных условиях, учитывая низкий риск проаритмии в этой популяции. Помимо подавления ФП, препараты IC класса используются у пациентов с наличием и отсутствием

структурных аномалий сердца, не связанных с ИБС. Препараты IC класса безопасно и эффективно применялись для подавления преждевременных желудочковых комплексов и ЖТ у пациентов без структурных заболеваний сердца, а также у пациентов с кардиомиопатией, вызванной частой желудочковой экстрасистолью, аритмогенной дисплазией правого желудочка, врожденным синдромом удлиненного интервала QT 3-го типа и катехоламинергической полиморфной ЖТ [19]. Кроме того, имеются данные о возможности применения пропafenона у тяжелых пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии, в частности для контроля наджелудочковых тахикардий, в первую очередь ФП [20].

Хотя исследование CAST было важным, недавние данные свидетельствуют о том, что целесообразно отказаться от чрезмерного распространения его результатов и выборочно рассматривать применение препаратов IC класса у пациентов с ИБС низкого риска. Недавние исследования, приведенные выше, ограничены тем, что они не были проспективными рандомизированными плацебо-контролируемыми, однако они представляют данные за последние 15 лет в эпоху применения эффективных лекарственных препаратов, стентов с лекарственным покрытием и других передовых методов лечения ИБС и СН, которые не применялись в эпоху CAST 1980-х годов.

Необходимо также отметить, что в реальной клинической практике специалисты по лечению аритмий часто не следуют действующим рекомендациям. Показательным является онлайн-опрос [21] кардиологов, кардиоэлектрофизиологов и интервенционных электрофизиологов (n=321) в Германии, Италии, Швеции и Великобритании, включающий 96 вопросов о практике лечения. В отличие от рекомендаций, где приоритет отдается безопасности, при выборе ААП ожидаемая эффективность оказалась важнее (51%), чем безопасность (31%). Электрокардиография регулярно выполнялась при назначении ААП у 84–87% респондентов. Функция почек контролировалась только в 50% случаев. При частой симптоматической пароксизмальной ФП обычно отдавали предпочтение абляции. При бессимптомной или субклинической форме ФП ААП применяли у 41% (22–60%) пациентов, абляцию – у 11% (2–18%). У 60–80% коморбидных пациентов был выбран амиодарон, несмотря на рекомендации по применению других ААП 1-й линии. Хотя соталол и препараты IC класса не рекомендованы руководствами для пациентов с тяжелой гипертрофией ЛЖ, они были типичным выбором для лечения 30% этих пациентов. Попробовали бы комбинацию ААП у пациентов с рецидивами ФП 22% врачей.

Эти результаты указывают на необходимость более тщательного контроля безопасности при применении ААП и усиления образовательной поддержки для оптимального выбора ААП при лечении ФП. В частности, необходимо отказаться от необоснованного назначения амиодарона и соталола у пациентов, для которых препараты IC класса являются 1-м выбором. Необходим регулярный и достаточно быстрый пересмотр клинических рекомендаций по мере появления новых методов лечения и результатов исследований. Клинические рекомендации должны следовать главному принципу – доступность всех методов лечения для всех пациентов – и быть максимально адаптированными к национальным особенностям. С учетом расширения показаний к удержанию синусового ритма при ФП ААП будет продолжать играть ключевую роль в клинической практике.

Доступность ААП во многом определяется стоимостью лечения. По данным интернет-аптеки Apteka.ru, в Москве стоимость лечения препаратами IC класса в месяц составляет:

- для пропafenона (Пропанорм®, PRO.MED.CS) при плановой суточной дозе 450 мг – 954 руб.;
- флекаинида (Флеикардил, АО «Обнинская химико-фармацевтическая компания») в дозе 100 мг/сут – 2400 руб.;
- этацизина (Этацин, АО «Олайнфарм») в дозе 100 мг/сут – 3843 руб.;

- Аллапинина (АО «Фармцентр ВИЛАР») в дозе 75 мг/сут – 2238 руб.;
- Аллафорте (АО «Фармцентр ВИЛАР») в дозе 50 мг/сут – 1887 руб.

Доказательная база для препаратов IC класса этацизина и Аллапинина (форма с пролонгированным действием – Аллафорте), которые были созданы в СССР и введены в клиническую практику в 1980-х годах, очень ограничена. Поэтому невозможно обсуждать применение этих препаратов у коморбидных пациентов, в частности при ИБС и СН. Кроме того, эти препараты не пригодны для прерывания пароксизма ФП.

Текущие рекомендации совершенно обоснованно указывают на противопоказания для применения препаратов IC класса у пациентов после перенесенного ИМ, особенно в сочетании со снижением ФВ ЛЖ. Однако распространение действующими рекомендациями результатов исследования CAST на пациентов с необструктивной ИБС, пациентов с нормальной ФВ ЛЖ и даже на пациентов без ИБС с предполагаемым структурным заболеванием сердца не имеет достаточного подтверждения. Будущие рекомендации следует изменить таким образом, чтобы препараты класса IC можно было использовать по показаниям у пациентов с ИБС без подтвержденной ишемии или достоверного анамнеза ИМ, в частности у пациентов с минимальной, необструктивной или надлежащим образом реваскуляризированной ИБС с сохраненной ФВ ЛЖ. Это позволит избежать отрицательного воздействия других ААП, которые могут быть менее эффективными или безопасными, а также риска рецидива ФП при смене терапии. В первую очередь это относится к препарату пропафенон, который не применялся в исследовании CAST и имеет огромный опыт применения и доказательную базу в РФ. Особое внимание нужно уделить совместному применению препаратов IC класса с β-АБ, которые могут усилить безопасность лечения [1–3, 7]. Однако с учетом β-адреноблокирующих свойств пропафенона такая комбинация для него требуется редко.

Перед началом лечения ААП IC класса в ряде случаев целесообразно проведение скрининга у пациентов старшего возраста и пациентов с подозрением на ИБС с помощью стресс-тестирования или МСКТ-исследования коронарных артерий. При появлении новой симптоматики, подозрительной в отношении ИБС, пациентам, длительно принимающим ААП, может быть полезно проведение дополнительного обследования для исключения ишемии миокарда или ухудшения систолической функции ЛЖ.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сыров Андрей Валентинович – канд. мед. наук, доц. каф. общей врачебной практики Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. E-mail: syrman2002_1@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-2536-5781

Поступила в редакцию: 02.03.2026
Поступила после рецензирования: 03.03.2026
Принята к публикации: 05.03.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Andrey V. Syrov – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: syrman2002_1@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-2536-5781

Received: 02.03.2026
Revised: 03.03.2026
Accepted: 05.03.2026