

# Флекаїнід в Україні: більше, ніж просто «усвідомлений» вибір

Ю.І. Карпенко

Одеський національний медичний університет

**Анотація.** Фібриляція передсердь (ФП) — найбільш поширена аритмія, асоційована з підвищеним ризиком тромбоемболічних ускладнень, включно з інсультом та серцевою недостатністю. Сучасні рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) 2024 підкреслюють ефективність стратегії раннього контролю ритму у зниженні серцево-судинної смертності, частоти госпіталізацій та ризику інсульту, що підтверджено результатами дослідження EAST-AFNET 4, де тривале збереження синусового ритму асоціювалося зі значним покращенням клінічних наслідків [1, 2]. Антиаритмічні препарати класу 1С, зокрема флекаїнід, залишаються засобом 1-ї лінії для фармакологічного відновлення та підтримки синусового ритму у пацієнтів без структурних уражень серця [3]. Флекаїнід демонструє високу ефективність як у відновленні ритму, так і в його утриманні, що підтверджено численними рандомізованими дослідженнями та метааналізами, при цьому профіль безпеки препарату є оптимальним у пацієнтів без серцевої недостатності чи ішемічної хвороби серця [4, 5]. Клінічна практика та сучасні дослідження свідчать, що включення флекаїніду у стратегію раннього контролю ритму дозволяє знизити частоту рецидивів ФП, зменшити потребу в повторних інвазивних процедурах та покращити якість життя пацієнтів [5]. Накопичена доказова база обґрунтовує його широке застосування у пацієнтів із пароксизмальною та персистою ФП, що забезпечує зростаючу популярність препарату як в Україні, так і у світовій кардіологічній практиці.

**Ключові слова:** фібриляція передсердь, ранній контроль ритму, антиаритмічні препарати класу 1С, флекаїнід, синусовий ритм, кардіоверсія, катетерна абляція, ESC 2024, EHRA 2025.

## Алгоритми лікування ФП у ESC 2024: що нового, та де місце антиаритміків класу 1С?

Фібриляція передсердь (ФП) — одна з найбільш поширених аритмій, що супроводжується високим ризиком тромбоемболічних ускладнень, таких як інсульт, а також серцева недостатність (СН). Тому враховуючи серйозні наслідки для пацієнтів, лікування ФП має бути системним та ефективним. Сучасні настанови Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) 2024 р. підкреслюють вирішальне значення стратегії раннього контролю ритму (PKP) для покращення довгострокового прогнозу у пацієнтів із ФП [1]. Переваги PKP над традиційною стратегією контролю частоти серцевих скорочень (ЧСС) переконливо доведені у знаковому дослідженні EAST-AFNET 4. У групі PKP відзначали зниження комбінованої первинної кінцевої точки (серцево-судинна смерть, інсульт, госпіталізація з приводу СН) на 21% порівняно з групою контролю. Це дослідження остаточно підтвердило доцільність тривалого збереження синусового ритму (СР), особливо у пацієнтів з нещодавно діагностованою ФП [2].

Згідно з рекомендаціями ESC 2024, антиаритмічні препарати (ААП) ІС класу, а саме флекаїнід та пропафенон, є препаратами 1-ї лінії для фармакологічної кардіоверсії ФП (клас І, рівень доказовості А) [1]. Ці препарати ефективно застосовуються для відновлення СР у пацієнтів без ознак значного структурного захворювання серця (СЗС), включаючи ішемічну хворобу серця, виражену гіпертрофію лівого шлуночка або СН [5, 6]. Крім того, флекаїнід і пропафенон рекомендовані для довгострокового утримання СР у симптоматичних пацієнтів із пароксизмальною або персистою ФП за умови

відсутності структурної патології серця (клас І, рівень доказовості А) [1].

Незважаючи на те що етацизин є зареєстрованим в Україні ААП ІС класу, він не включений до оновлених європейських настанов ESC 2024 з лікування ФП [1]. Цей факт відображає ключовий принцип сучасної доказової медицини, згідно з яким рекомендації найвищого класу (ІА) надаються препаратам, ефективність та безпека яких підтверджені у великих міжнародних рандомізованих контрольованих дослідженнях. На відміну від флекаїніду та пропафенону, які були основними ААП ІС класу в ключових дослідженнях, що лягли в основу стратегії PKP, як от EAST-AFNET 4, етацизин не має порівнянної міжнародної доказової бази [2].

Зокрема, відсутні великі проспективні рандомізовані контрольовані дослідження, які б порівнювали етацизин з плацебо або іншими ААП ІС класу на міжнародній арені, що обмежує його здатність формувати універсальні клінічні настанови з високим класом рекомендацій. Більшість клінічних даних про етацизин є історичними або походять з невеликих регіональних досліджень, проте цього недостатньо для встановлення його профілю ризик / користь відповідно до суворих критеріїв ESC [1, 2, 4, 5, 7]. Як і всі ААП ІС класу, етацизин має чіткі обмеження щодо безпеки, зокрема підвищений ризик проаритмії у пацієнтів із СЗС, що потребує особливо ретельного обґрунтування його застосування. Відсутність етацизину в настанові ESC 2024 підкреслює важливість ретельного та індивідуалізованого вибору антиаритмічної терапії, що ґрунтується виключно на сучасних доведених даних [1, 5, 8]. Таким чином, флекаїнід і пропафенон залишаються єдиними ААП ІС класу, застосування яких для відновлення та утримання СР у пацієнтів без СЗС підтверджено найвищим рівнем доказовості у світових настановах.

## Шлях пацієнта з ФП за рекомендаціями ESC 2024 та EHRA 2025

Ведення пацієнтів із ФП потребує комплексного та індивідуалізованого підходу, що враховує як клінічні характеристики захворювання, так і персональні фактори ризику. Основою сучасної терапії є інтегрована стратегія AF-CARE, детально описана в настановах ESC (2024) та Європейської асоціації серцевого ритму (European Heart Rhythm Association — EHRA, 2025) [1, 9].

Принцип AF-CARE поєднує структурований і пацієнтоорієнтований підхід до покращення якості догляду та клінічних результатів [1]. Ключовим нововведенням оновлених рекомендацій є посиленна увага до управління супутніми захворюваннями та контролю факторів ризику, де C — comorbidities and risk factors. Цей етап вважається критично важливим, оскільки ефективне лікування супутньої патології суттєво зменшує вираженість симптоматики, підвищує якість життя, знижує частоту рецидивів, сповільнює прогресування ФП і покращує загальний прогноз [1, 3].

Нові алгоритми ведення пацієнтів із різними формами ФП (вперше діагностована, пароксизмальна, персистуюча чи постійна) спрощують застосування принципів AF-CARE, забезпечуючи чіткі покрокові інструкції для персоналізованого догляду. Реалізація цих рекомендацій у клінічній практиці потребує міждисциплінарного, пацієнтоорієнтованого підходу, що включає лікарів-кардіологів, сімейних лікарів, медичних сестер, реабілітологів і фармацевтів [1, 9].

ФП підвищує ризик тромбоемболії та ішемічного інсульту приблизно у 5 разів. Тому профілактика інсульту та тромбоемболії (A — Avoid stroke) шляхом своєчасного призначення адекватної антикоагулянтної терапії залишається одним із ключових компонентів системи AF-CARE.

Пероральні антикоагулянти (ПАК) рекомендовані всім пацієнтам із ФП і підвищеним тромбоемболічним ризиком (клас I, рівень A) [1]. Антитромбоцитарна терапія як монотерапія для профілактики інсульту не показана.

Оновлені настанови рекомендують індивідуалізований підхід до вибору антикоагулянту з урахуванням клінічних і соціальних факторів ризику. Зокрема, запропонована шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA (замість CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) більше не враховує стать як незалежний фактор ризику [1, 10].

Перевага надається прямим оральним антикоагулянтам (ПАОАК), таким як апіксабан, дабігатран, едоксабан або ривароксабан, які у клінічних дослідженнях продемонстрували вищу ефективність у профілактиці інсульту та нижчий ризик великих кровотеч, зокрема геморагічного інсульту, порівняно з антагоністами вітаміну К (АВК).

Важливо, що навіть при досягненні та підтримці синусового ритму пацієнти з високим ризиком інсульту повинні продовжувати антикоагулянтну терапію.

Третій компонент системи AF-CARE — контроль симптомів (R — Reduce symptoms) — спрямований на покращення якості життя шляхом контролю частоти та відновлення синусового ритму. Його основна мета — зменшення клінічних проявів захворювання, зниження частоти госпіталізацій і покращення довгострокового прогнозу. Медикаментозна терапія залишається базовим методом контролю симптомів, особливо у пацієнтів із персистувальною або постійною формою ФП. Контроль ЧСС рекомендований як перший підхід, при цьому цільовий рівень ЧСС у стані спокою має бути менше 110 уд./хв (рекомендація

класу I, рівень B). До препаратів вибору належать блокатори β-адренорецепторів, недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем) та, у певних випадках, дигоксин, особливо у пацієнтів із СН [1].

Контроль ритму (антиаритмічна терапія) рекомендований пацієнтам із симптомною ФП, якщо відновлення синусового ритму здатне покращити якість життя або гемодинамічні показники. Препаратами 1-ї лінії для пацієнтів без СЗС є флекаїнід, пропафенон або соталол, тоді як за наявності структурних змін міокарда перевагу надають аміодарону або дофетиліду (клас I, рівень A) [1].

Кардіоверсія — електрична або фармакологічна — залишається ефективним методом відновлення синусового ритму у пацієнтів із персистуючою або тривалою пароксизмальною формою ФП (клас I, рівень A) [1]. Фармакологічна кардіоверсія може проводитися із застосуванням флекаїніду, пропафенону або аміодарону, при цьому вибір препарату визначається наявністю або відсутністю СЗС, ішемічної хвороби серця чи СН. При короткочасних епізодах ФП (до 24 год) рекомендовано використовувати короткий вичікувальний підхід, оскільки можливе спонтанне відновлення синусового ритму без потреби в медикаментозному чи електричному втручанні, що сприяє підвищенню безпеки пацієнтів [9].

Катетерна абляція, згідно із сучасними рекомендаціями, визначена як метод 1-ї лінії контролю ритму для пацієнтів із пароксизмальною ФП без тяжких структурних змін серця (клас I, рівень A) [1]. Цей метод продемонстрував вищу ефективність у досягненні та підтриманні синусового ритму порівняно з антиаритмічними препаратами, зі збереженням подібного профілю безпеки. У пацієнтів із персистуючою формою ФП катетерна абляція рекомендується після неефективної медикаментозної терапії або як первинна стратегія у разі наявності виражених симптомів (клас IIa, рівень B). Доведено, що раннє застосування абляції сприяє зниженню частоти госпіталізацій, серцево-судинної смертності та уповільненню прогресування ФП, що підтверджено результатами досліджень EARLY-AF та SABANA [11, 12].

Останній компонент стратегії AF-CARE — динамічне спостереження та регулярна переоцінка (E — Evaluate and re-evaluate) — передбачає систематичний моніторинг стану пацієнта, супутніх захворювань і терапевтичної ефективності [1].

Періодична переоцінка, включно з клінічними оглядами, електрокардіографією (ЕКГ) та ехокардіографією (ехоКГ), є необхідною, оскільки перебіг ФП і фактори ризику змінюються з часом.

### Місце антиаритміків класу 1C у лікуванні ФП

Антиаритмічні препарати класу 1C, зокрема флекаїнід, посідають важливе місце в лікуванні ФП, особливо для відновлення синусового ритму у пацієнтів із пароксизмальною формою ФП [1, 5]. У рекомендаціях ESC 2024 флекаїнід залишається препаратом 1-ї лінії для фармакологічного відновлення синусового ритму завдяки своїй високій ефективності [1, 13]. Однак його застосування обмежене пацієнтами без серйозних структурних порушень серця, таких як ішемічна хвороба серця або СН [8].

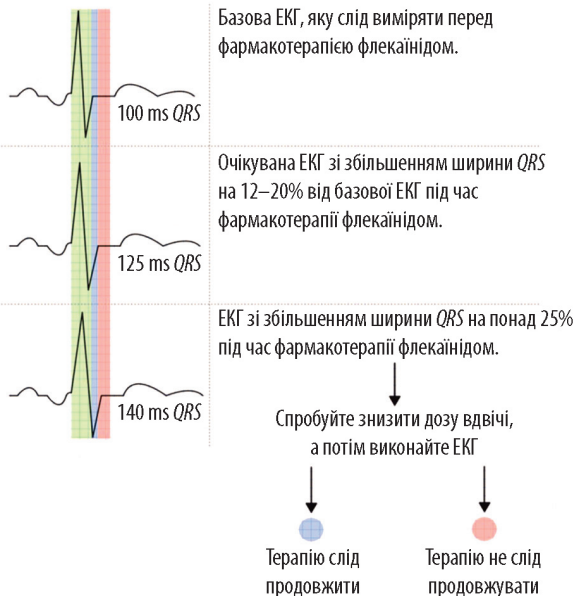
Флекаїнід блокує натрієві канали, стабілізуючи електричну активність серця і сприяючи відновленню нормального ритму [4, 5].

Однак перед його призначенням важливо провести ретельну ЕКГ-оцінку (рис. 1) [14]. Оскільки флекаїнід впли-

ває на провідність, його застосування може призвести до проаритмії, тому необхідно стежити за шириною комплексу QRS. Якщо ширина комплексу збільшується на понад 25% від початкового рівня, терапія повинна бути коригована або припинена для запобігання серйозним проаритмічним ефектам [4, 5, 8].

**Рисунок 1** Оцінка ризику проаритмії: контроль комплексу QRS під час лікування флекаїнідом

Базова ширина QRS    Терапевтична ширина QRS    Неприятна ширина QRS



Таким чином, антиаритміки класу 1С, зокрема флекаїнід, є важливими засобами для лікування ФП, однак їх застосування потребує обережності, особливо у пацієнтів із серцевими захворюваннями.

### Проблемне питання: які форми ФП варто лікувати, а коли антиаритмічна терапія неефективна?

Існують два головні напрямки лікування пацієнтів із ФП: РКР та стратегія контролю ЧСС [1]. В основу стратегії РКР покладено раннє призначення ААП, електричної кардіоверсії (ЕКВ) та катетерної абляції для відновлення та утримання синусового ритму [2, 5]. Переваги стратегії РКР показані в дослідженні EAST AFNET [2]. Вивчали серцево-судинну смертність, інсульт, гострий коронарний синдром, госпіталізації з приводу СН. У групі РКР синусовий ритм зберігався у 82% пацієнтів порівняно з 61% у контрольній групі. Основними ААП групи РКР були флекаїнід і пропafenон. Катетерну абляцію проведено у 24% пацієнтів. Протягом 5 років спостереження в групі РКР виявлено на 21% менше несприятливих подій, ніж у групі традиційного лікування (відносний ризик (ВР)=0,79). Тобто питання доцільності тривалого збереження синусового ритму остаточно розв'язане!

Оптимальні результати стратегії РКР можна очікувати у пацієнтів з пароксизмальними формами ФП молодшого віку, з менш вираженими структурними змінами серця, особливо лівого передсердя, з меншою кількістю супутньої патології та хорошою відповіддю на терапію [1, 2].

Незважаючи на високу ефективність процедури катетерної абляції, антиаритмічна терапія сьогодні є основою стратегії РКР. Препаратами вибору у хворих без вираженої СН є ААП ІС класу, у пацієнтів із СН — аміодарон [1, 5].

У разі неефективності або недоцільності збереження синусового ритму може бути використана стратегія контролю ЧСС за допомогою препаратів, що уповільнюють артіоventрикулярне (АВ) проведення (блокатори β-адренорецепторів, верапаміл, дилтіазем, дигоксин, аміодарон), або технологій — деструкція АВ-вузла з імплантацією постійного кардіостимулятора та ресинхронізації [1, 15].

### Чому лікарі все частіше обирають флекаїнід при лікуванні ФП

Вибір оптимального лікування ФП, зокрема антиаритмічних засобів, є складним і потребує врахування багатьох факторів [1, 16]. Проте останніми роками флекаїнід (антиаритмік класу 1С) став препаратом, який усе частіше обирають для лікування ФП, що зумовлено його перевагами порівняно з іншими препаратами цього класу [4, 5, 13]. Розглянемо основні причини, чому флекаїнід здобуває все більше визнання в кардіологічній практиці.

#### Висока ефективність у відновленні ритму

Одним із ключових факторів, що визначають вибір флекаїніду при лікуванні ФП, є його висока ефективність у відновленні синусового ритму. Порівняно з іншими препаратами класу 1С, флекаїнід показує вищу частоту успішних відновлень нормального ритму серця при пароксизмальній або персистуючій формі ФП. Згідно з результатами досліджень, продемонстровано ефективність флекаїніду до 70–80% у відновленні нормального ритму у пацієнтів із ФП, що є значно кращим результатом порівняно з іншими антиаритміками 1С класу [4, 13].

Це забезпечується здатністю флекаїніду блокувати натрієві канали в серцевих клітинах, що зумовлює стабілізацію електричних імпульсів у серці. Важливо зазначити, що флекаїнід не тільки швидко відновлює синусовий ритм, але й робить це без значного підвищення ризику проаритмії.

#### Ефективність у підтриманні ритму

Після досягнення відновлення синусового ритму не менш важливим завданням є утримання цього ритму в довгостроковій перспективі. У цьому контексті флекаїнід також показує свою перевагу, забезпечуючи високий рівень утримання синусового ритму протягом тривалого часу. Згідно із дослідженнями, в яких оцінювали ефективність різних ААП після досягнення відновлення ритму, флекаїнід демонструє кращі результати в збереженні синусового ритму [2, 17].

Особливо це має значення для пацієнтів із пароксизмальною формою ФП, де основна мета лікування полягає не тільки у відновленні нормального ритму, але й у запобіганні рецидивам аритмії. Флекаїнід ефективно допомагає утримувати синусовий ритм, знижуючи ймовірність повторних епізодів ФП, що сприяє зменшенню вираженості клінічних симптомів і покращенню якості життя пацієнтів [18].

#### Зручність застосування

Одна з основних переваг флекаїніду порівняно з іншими препаратами класу 1С — це зручність його застосування у формі пероральних таблеток. Така форма дозування значно покращує комплаєнс пацієнтів, адже забезпечує стабільний рівень препарату в організмі без необхідності частішої корекції доз, що може бути важливим фактором при тривалому застосуванні ААП. Крім того, високий рівень біодоступності флекаїніду дозволяє досягти швидкого й ефективного лікувального ефекту при мінімальних побічних ефектах [19].

## Безпека за відсутності СН

Флекаїнід вважається відносно безпечним у пацієнтів без СН чи інших серйозних кардіологічних захворювань, що робить його одним з найкращих засобів для лікування ФП у таких пацієнтів [1, 5]. Інші антиаритміки класу 1С, зокрема етацизин, можуть бути менш безпечними через вищий ризик проаритмій і токсичних ефектів на серце у пацієнтів із СН або ішемічною хворобою серця [2, 19, 21]. Це є ще однією важливою причиною, чому флекаїнід часто обирають як препарат 1-го ряду при лікуванні ФП у пацієнтів без тяжких серцевих захворювань.

## Рекомендації міжнародних кардіологічних організацій

Призначення флекаїніду також активно підтримується в міжнародних клінічних рекомендаціях щодо лікування ФП. В останніх оновленнях ESC 2024 і EHRA 2025 флекаїнід зазначений як високоефективний антиаритмічний засіб, рекомендований до застосування у пацієнтів із ФП, зокрема при пароксизмальній формі аритмії та в умовах, де потрібен контроль за відновленням синусового ритму та його підтримкою [1, 2, 9, 10, 16].

Таким чином, флекаїнід продовжує залишатися одним з основних препаратів вибору для лікування ФП завдяки своїй високій ефективності як у відновленні синусового ритму, так і в утриманні ритму в довгостроковій перспективі. Його зручна пероральна форма, безпека у пацієнтів без СН, а також підтримка в міжнародних рекомендаціях роблять флекаїнід препаратом 1-го ряду в кардіологічній практиці. Завдяки всім цим перевагам флекаїнід здобуває все більше визнання серед лікарів усього світу при лікуванні ФП.

## Проблемне питання: доказовість застосування в сліпий період після абляції та при кардіоверсії. Що варто пам'ятати кардіологу стаціонару?

Катетерна абляція є терапією 1-ї лінії у випадку із пароксизмальними формами ФП [1, 16]. За даними ESC / EHRA Atlas 2023–2024, в Україні виконується близько 44 катетерних абляцій при ФП на 1 млн населення [9]. Ефективність катетерної абляції — 70–80% зменшення рецидивів протягом 12 міс [18, 22]. Лімітуючим фактором катетерної абляції є ризик ранніх та пізніх рецидивів ФП [23].

Кількість рецидивів ФП у ранній післяопераційний період після ізоляції легеневих вен може бути зменшена на 28% (BP=0,72; 95% ДІ ~0,53–0,99) при призначенні препаратів І С класу, що було показано в нещодавно проведеному метааналізі 12 рандомізованих клінічних випробувань (РКВ) у 3625 пацієнтів [23]. Останні рекомендації ESC підтримують ідею призначення ААП І С класу, зокрема флекаїніду, для профілактики ранніх рецидивів після ізоляції легеневих вен [1].

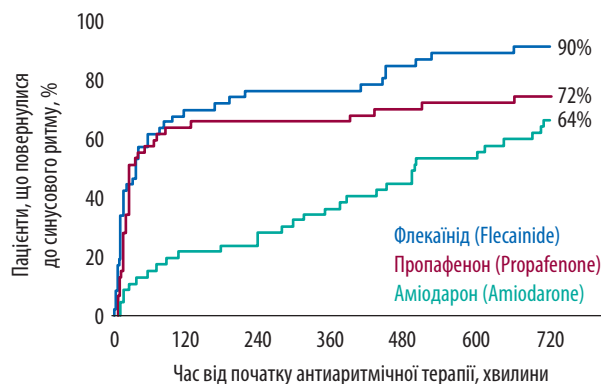
## Медикаментозна терапія ФП

ААП класу ІС в основному використовуються для фармакологічної кардіоверсії персистуючої або пароксизмальної ФП [1, 5]. Відновлення синусового ритму опосередковується здатністю ААП класу ІС уповільнювати внутрішньопередсердну провідність і підвищувати рефрактерність клітин міокарда, таким чином спричиняючи

переривання багатьох механізмів розповсюдження пелть re-entry, які утворюються у фібрилюючому передсерді [4, 5].

F.J. Martínez-Marcos та співавтори (2000) показали, що внутрішньовенне введення флекаїніду є більш ефективним, ніж пропафенон і аміодарон, у відновленні синусового ритму до 12 год спостереження від початку терапії. Флекаїнід забезпечує 90% успішних кардіоверсій, тоді як пропафенон 72% та аміодарон 64% відповідно (рис. 2) [22]. Крім того, обидва ААП ІС показали менший час до відновлення синусового ритму, ніж аміодарон.

**Рисунок 2** Сукупні показники відновлення синусового ритму (%) при ФП для флекаїніду, пропафенону та аміодарону залежно від часу після початку антиаритмічної терапії (хвилини)



Відповідно до цих доказів, рекомендації ESC 2024 р. рекомендують флекаїнід, пропафенон і вернакалант (не зареєстрований в Україні) як препарати 1-го вибору для фармакологічної кардіоверсії ФП (клас рекомендації І, рівень доказовості А) [1].

ААП класу ІС також широко застосовують у стратегії тривалого контролю ритму у пацієнтів із пароксизмальною та/або стійкою симптоматичною ФП, без СЗС, як рекомендовано в останніх рекомендаціях ESC (клас І, рівень доказовості А) [1].

## Чому популярність флекаїніду в Україні та у світі лише зростає?

Популярність флекаїніду, зокрема під торговою маркою Ліксарит, в Україні продовжує зростати завдяки його ефективності в лікуванні ФП та інших серцевих аритмій [24, 25]. Зростаюча довіра до цього препарату серед лікарів відображає позитивні результати в клінічній практиці, що підкріплені значною доказовою базою. Препарат активно застосовується в пацієнтів з пароксизмальною та персистуючою ФП, а також шлуночковою екстрасистолією. Зокрема, в Україні відзначають суттєве збільшення кількості призначень та продажу цієї молекули за період І–ІІ кв. 2025 р., що підтверджує її затребуваність серед лікарів (рис. 4А).

Найбільше призначень (15 973) зафіксовано для Ліксариту, що свідчить про високу довіру лікарів до цього препарату. Водночас для етацизину та пропафенону також відмічено значну кількість призначень — 15 144 та 13 439 відповідно. Ці цифри чітко демонструють перевагу флекаїніду серед препаратів класу ІС, що підтверджує його ефективність та безпеку в лікуванні ФП і шлуночкових аритмій.

**Рисунок 3** Рекомендації щодо фармакологічної кардіоверсії ФП

Рекомендації	Клас рекомендацій	Рівень доказовості
Внутрішньовенне введення флекаїніду або пропафенону рекомендоване при фармакологічній кардіоверсії нещодавно виниклої ФП, за винятком пацієнтів із тяжкою гіпертрофією лівого шлуночка, СН зі зниженою фракцією викиду (СНзНФВ) або ішемічною хворобою серця.	I	A
Внутрішньовенне введення вернакаланту рекомендоване при фармакологічній кардіоверсії нещодавно виниклої ФП, за винятком пацієнтів із нещодавно перенесеним гострим коронарним синдромом, СНзНФВ або тяжким аортальним стенозом.	I	A
Внутрішньовенне введення аміодарону рекомендоване при кардіоверсії ФП у пацієнтів із тяжкою гіпертрофією лівого шлуночка, СНзНФВ або ішемічною хворобою серця, з урахуванням можливості затримки кардіоверсії.	I	A
Одноразова самостійна пероральна доза флекаїніду або пропафенону («таблетка в кишені») може розглядатися для самостійної кардіоверсії у відібраних пацієнтів з рідкісними нападами пароксизмальної ФП після оцінки ефективності та безпеки і за відсутності тяжкої гіпертрофії лівого шлуночка, СНзНФВ або ішемічної хвороби серця.	IIa	B
Фармакологічна кардіоверсія не рекомендована пацієнтам із дисфункцією синусового вузла, порушеннями АВ-провідності або подовженим інтервалом Q–Tc (>500 мс), якщо не враховано ризики проаритмії та брадикардії.	III	C

Лікарі, зокрема, обирають Ліксарит для пацієнтів із пароксизмальною та персистуючою ФП, а також для тих, хто має шлуночкові екстрасистолії, що свідчить про широке застосування цього препарату в лікуванні різних типів аритмій (рис. 4Б). Цей тренд в Україні відображає світову тенденцію до зростання популярності флекаїніду як одного з основних препаратів для відновлення та утримання синусового ритму в пацієнтів з ФП.

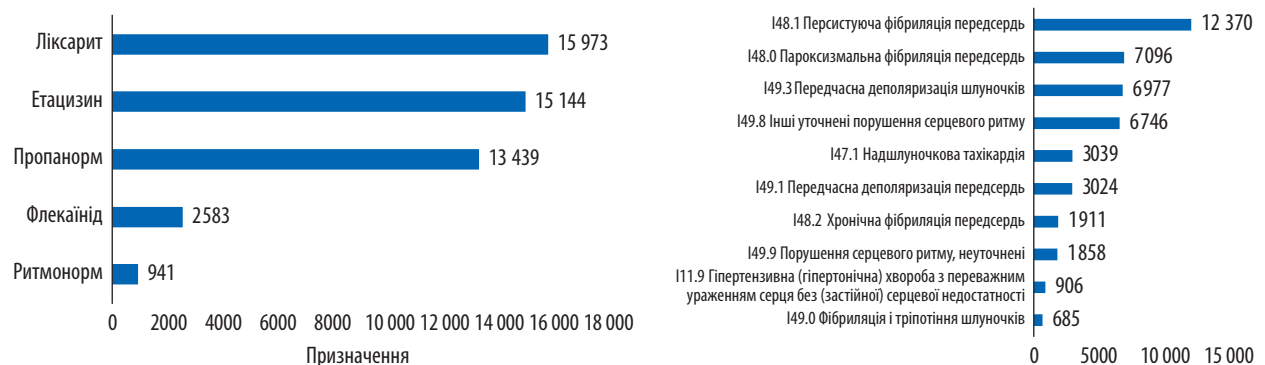
Такий вибір лікарів зумовлений великою кількістю доказів, які підтверджують ефективність флекаїніду, а також його безпеку у пацієнтів із різними видами серцево-судинної патології, включаючи ішемічну хворобу серця та стабільну СН.

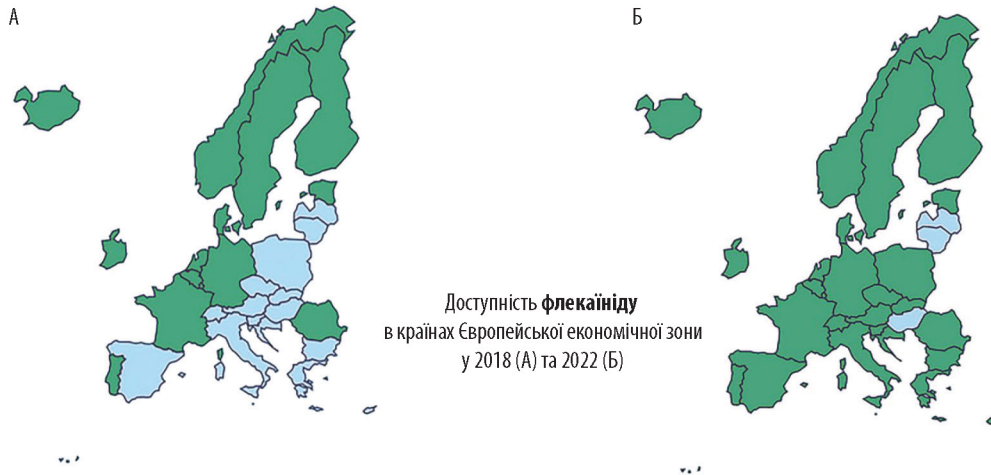
Флекаїнід — антиаритмічний препарат IC класу, схвалений Управлінням з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (Food and Drug Administration — FDA) у 1984 р., який спочатку застосовували для лікування стійких шлуночкових аритмій, а згодом його включили до стандартів терапії ФП для кардіоверсії й підтримки синусового ритму [4, 5, 15, 17]. У сучасних умовах, згідно з даними баз PubMed і Medscape, популярність флекаїніду як у світі, так і в Україні неухильно зростає [6, 13, 2]. Це пов'язано з розширенням доказової бази, покращенням розуміння механізмів його дії та появою нових результатів рандомізованих досліджень, які підтвердили його ефективність і безпеку у стратегії раннього контролю ритму [2, 7].

Велика кількість клінічних спостережень та аналізів, зокрема дані EAST-AFNET 4, довели, що блокатори натрієвих каналів, такі як флекаїнід або пропафенон, можуть безпечно застосовуватися навіть у пацієнтів із помірними структурними змінами серця [2]. У цьому субаналізі 689 із 1395 пацієнтів із ФП отримували препарати IC класу, середній вік становив 69 років, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc — 3,2 бала. Майже у 30% хворих відмічено супутнє СЗС, включно зі стабільною ішемічною хворобою, СН або гіпертрофією лівого шлуночка понад 15 мм. За період спостереження, який у середньому тривав 1153 дні, частота первинних подій (серцево-судинна смерть, інсульт, госпіталізація з приводу СН або гострого коронарного синдрому) була достовірно нижчою у пацієнтів, які отримували флекаїнід: 3,0 проти 4,9 випадку на 100 пацієнтороків (p<0,001). Це підтверджує, що довготривала терапія флекаїнідом є не лише ефективною, але й безпечною навіть у хворих зі стабільними формами серцево-судинної патології.

Додаткові дані щодо застосування флекаїніду у пацієнтів зі шлуночковими тахіаритміями отримано в дослідженні М. Zylla та співавторів (2024) [26]. У 40 пацієнтів з імплантованими кардіовертерами-дефібриляторами (ІКД) та структурним ураженням міокарда (середня фракція викиду — 40%) флекаїнід або пропафенон застосовували для профілактики повторних епізодів стійких шлуночко-

**Рисунок 4** Обсяги призначень кардіологами лікарських засобів (А), що належать до групи АТС-класифікації 4-го класу C01B C «Антиаритмічні препарати IC класу», та (Б) відповідно до діагнозів за МКХ-10 у І–ІІ кв. 2025 р. в Україні за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer» компанії «Proxima Research»



**Рисунок 5** Доступність флекаїніду в ЄЕЗ (2018 vs 2022). Клінічний приклад (з особистої практики)

Джерело: національні реєстри, затверджені Європейським агентством з лікарських засобів.

**Таблиця** Динаміка зменшення вираженості шлуночкових аритмій на тлі прийому флекаїніду

Показник	1.08.2024–5.08.2024 р.	5.08.2024–6.08.2024 р. (1-й день призначення флекаїніду)	6.08.2024–12.08.2024 р. (7 днів призначення флекаїніду)	12.08.2024–16.08.2024 р. (10 днів після призначення флекаїніду)
ШТ (нестійка)	11	0	2	0
PVC Runs 2–4 за годину	119	3,5	1,4	0,1
PVC Singles за годину	171	25	65	0,5

ШТ (нестійка) — нестійка шлуночкова тахікардія; PVC (Premature Ventricular Contraction) — передчасне шлуночкове скорочення; PVC Runs — серії з 2–4 послідовних передчасних шлуночкових скорочень; PVC Singles — поодинокі передчасні шлуночкові скорочення.

вих тахікардій. Через 28 міс спостереження у 72% пацієнтів не виявлено стійких аритмій, а у 80% не відзначали спрацювань ІКД; лише у 6% зареєстровано проаритмічні ефекти. Автори дійшли висновку, що блокатори натрієвих каналів суттєво зменшують кількість епізодів шлуночкових тахікардій і кількість спрацювань ІКД, хоча для остаточного підтвердження цих результатів необхідні більш масштабні дослідження.

Оглядові дані та метааналізи, згадані в останніх експертних рекомендаціях Товариства серцевого ритму (Heart Rhythm Society — HRS) 2024 р., а також сучасні огляди показують, що у ретельно відібраних пацієнтів без СЗС флекаїнід має сприятливий профіль переносимості і високу ефективність для відновлення та утримання синусового ритму [27]. Спостережні дослідження також свідчать про зниження частоти госпіталізацій у деяких когортах. Дані про частоту виписувань флекаїніду в США публікуються в аналітичних звітах IQVIA (NPA), які підтверджують, що флекаїнід залишається одним із найбільш застосовуваних препаратів класу IC у клінічній практиці [3, 14, 20, 28].

Таким чином, накопичена доказова база, представлена у провідних наукових виданнях (New England Journal of Medicine, Clinical Research in Cardiology, Heart Rhythm Open), свідчить про високу ефективність та сприятливий профіль безпеки флекаїніду. Таким чином, препарат слід розглядати як важливий елемент сучасної стратегії контролю ритму у пацієнтів із ФП та певними формами шлуночкових аритмій. Його зростаюча популярність у світі та в Україні є закономірним наслідком накопичення якісних доказових даних, що підтверджують його клінічну доцільність і безпеку при раціональному застосуванні (рис. 5) [14].

### Клінічний випадок\*

Пацієнт П., 67 років. Маса тіла 89 кг. Діагноз: «ІХС. ПІКС (2013, 2023). Стентування КА (2013, 2023). Пароксизмальна рецидивуюча шлуночкова тахікардія з гемодинамічними порушеннями. Імплантація ІКД (10.11.2023)».

Госпіталізований в Одеську обласну клінічну лікарню 30.07.2024 р. з приводу рецидивуючої гемодинамічно значущої шлуночкової тахікардії (6 епізодів за місяць), адекватно купірована розрядами ІКД. Тривалий прийом кордарону 200 мг/добу протягом 6 міс.

ЕхоКГ від 31.07.24, кінцевий діастолічний розмір (КДР)=63 мм, фракція викиду=33%, глобальний поздовжній стрейн (GLS) лівого шлуночка = -10,8%.

План лікування: проведення катетерної радіочастотної абляції (КРА) шлуночкової тахікардії.

1.08.2024 р. проведена КРА лівошлуночкової тахікардії: абляція субстрату — пізні потенціали в задньо-латеральній зоні лівого шлуночка, катетерна абляція 40 Вт, експозиція — 7 хв. Пізні потенціали — вилучено. Методами програмованої стимуляції шлуночкова тахікардія не індексується.

Призначено: квад्री-терапія СН, включно з метопрололом 50 мг 2 рази на добу. Незважаючи на проведене лікування при аналізі подій, з ІКД реєструється велика кількість нестійкої шлуночкової тахікардії, пробіжки шлуночкової тахікардії, велика кількість шлуночкових екстрасистолій.

Призначено флекаїнід (Ліксарит) 100 мг двічі на добу. Відмічено драматичне зменшення вираженості ША (шлу-

\*Наведений клінічний приклад (з власного досвіду автора) показує можливість застосування Ліксариту навіть у хворих із тяжкою структурною патологією, яким імплантовано ІКД для профілактики раптової смерті

ночкової тахікардії, PVC Runs, PVC Singles) протягом перших 10 днів та в подальший період. Рецидивів шлуночкової тахікардії, спрацьовувань ІКД за поточний термін не зафіксовано. Хворий продовжує прийом призначеної терапії.

## Висновки

Флекаїнід в Україні та світі довів свою високу ефективність у відновленні та утриманні синусового ритму у пацієнтів із ФП, особливо при пароксизмальній формі, та у профілактиці рецидивів після катетерної абляції. Його переваги включають швидку фармакологічну кардіоверсію, високий рівень довготривалого утримання ритму, зручну пероральну форму та відносно безпечний профіль у пацієнтів без тяжких СЗС. Реальна практика та міжнародні дослідження підтверджують, що флекаїнід знижує частоту госпіталізацій, рецидивів ФП і шлуночкових аритмій, що підкріплює його роль як препарату 1-го вибору у стратегії раннього контролю ритму [2, 27, 28].

Сучасні настанови ESC 2024 та EHRA 2025 чітко визначають місце антиаритміків класу 1C, зокрема флекаїніду та пропafenону, для фармакологічної кардіоверсії та довготривалого утримання синусового ритму у пацієнтів без серйозних СЗС [1, 9]. Вибір флекаїніду базується на доказовій медицині та міжнародних клінічних дослідженнях, тоді як інші препарати цього класу, як-от етацизин, не мають достатньої доказової бази для включення до глобальних рекомендацій. Популярність флекаїніду в Україні, зокрема під торговою маркою Ліксарит, постійно зростає завдяки його клінічній ефективності та науково підтвердженому профілю ризик / користь, що робить його більше ніж просто «усвідомленим» вибором кардіологів у практиці лікування ФП.



## Список використаної літератури

1. Van Gelder I.C., Rienstra M., Bunting K.V. et al. (2024) 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur. Heart J.*, 45(36): 3314–3414. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176.
2. Rillig A., Eckardt L., Borof K. et al. (2024) Safety and efficacy of long-term sodium channel blocker therapy for early rhythm control: the EAST-AFNET 4 trial. *Europace*, 26(6): euae121. doi: 10.1093/europace/euae121.
3. Tsiachris D., Doundoulakis I., Tsioufis P. et al. (2022) Reappraising the role of class Ic antiarrhythmics in atrial fibrillation. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 78(6): 1039–1045. doi: 10.1007/s00228-022-03296-0.
4. Andrikopoulos G.K., Pastromas S., Tzeis S. (2015) Flecainide: Current status and perspectives in arrhythmia management. *World J. Cardiol.*, 7(2): 76–85. doi: 10.4330/wjcv.7.i2.76.
5. Paolini E., Stronati G., Guerra F. et al. (2019) Flecainide: Electrophysiological properties, clinical indications, and practical aspects. *Pharmacol. Res.*, 148: 104443. doi: 10.1016/j.phrs.2019.104443.
6. Lavalle C., Magnocavallo M., Straito M. et al. (2021) Flecainide How and When: A Practical Guide in Supraventricular Arrhythmias. *J. Clin. Med.*, 10(7): 1456. doi: 10.3390/jcm10071456.
7. Joglar J.A., Chung M.K., Armbuster A.L. et al. (2024) 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. *Circulation*, 149(1): e1–e156. doi: 10.1161/CIR.0000000000001193.
8. Echt D.S., Liebson P.R., Mitchell L.B. et al. (1991) Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. *N. Engl. J. Med.*, 324(12): 781–788. doi: 10.1056/NEJM199103213241201.

9. Farkowski M.M., Scherr D., Boriani G. et al. (2025) Arrhythmia care in ESC member countries: the 2025 ESC-EHRA atlas on heart rhythm disorders. *Europace*, 27(7): euaf124. doi: 10.1093/europace/euaf124.
10. Wolfes J., Ellermann C., Frommeyer G. et al. (2025) Comparison of the Latest ESC, ACC/AHA/ACCP/HRS, and CCS Guidelines on the Management of Atrial Fibrillation. *JACC Clin. Electrophysiol.*, 11(4): 836–849. doi: 10.1016/j.jacep.2024.12.018.
11. Andrade J.G., Deyell M.W., Made L. et al. (2023) Progression of Atrial Fibrillation after Cryoablation or Drug Therapy. *N. Engl. J. Med.*, 388(2): 105–116. doi: 10.1056/NEJMoa2212540.
12. Packer D.L., Mark D.B., Robb R.A. et al. (2019) Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 321(13): 1261–1274. doi: 10.1001/jama.2019.0693.
13. Muzzey M., Tellor K.B., Ramaswamy K. et al. (2020) Flecainide is well-tolerated and effective in patient with atrial fibrillation at 12 months: a retrospective study. *Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.*, 14: 1753944720926824. doi: 10.1177/1753944720926824.
14. Basza M., Maciejewski C., Bojanowicz W. et al. (2023) Flecainide in clinical practice. *Cardiol. J.*, 30(3): 473–482. doi: 10.5603/CJ.a2023.0018.
15. Anderson J.L., Gilbert E.M., Alpert B.L. et al. (1989) Prevention of symptomatic recurrences of paroxysmal atrial fibrillation in patients initially tolerating antiarrhythmic therapy. *Circulation*, 80(6): 1557–1570. doi: 10.1161/01.cir.80.6.1557.
16. Merino J.L., Tamargo J., Blomström-Lundqvist C. et al. (2025) Practical compendium of antiarrhythmic drugs: a clinical consensus statement of the European Heart Rhythm Association of the European Society of Cardiology. *Europace*, 27(8): euaf076. doi: 10.1093/europace/euaf076.
17. Burnham T.S., May H.T., Bair T.L. et al. (2022) Long-term outcomes in patients treated with flecainide for atrial fibrillation with stable coronary artery disease. *Am. Heart J.*, 243: 127–139. doi: 10.1016/j.ahj.2021.08.013.
18. Gavin J.L., Peigh G.S., Kim S.S. (2020) Paroxysmal Atrial Fibrillation on Flecainide Therapy. *Eur. J. Intern. Med.*, 81: 89–90. doi: 10.1016/j.ejim.2020.09.014.
19. deSouza I.S., Tadrous M., Sexton T. et al. (2020) Pharmacologic cardioversion of recent-onset atrial fibrillation: a systematic review and network meta-analysis. *Europace*, 22(6): 854–869. doi: 10.1093/europace/euaa024.
20. Tsiachris D., Kotoulas S.C., Doundoulakis I. et al. (2025) Reappraising Use of Flecainide for Atrial Fibrillation and Ventricular Arrhythmias in Structural Heart Disease Patients. *Medicina*, 61(10): 1845. doi: 10.3390/medicina61101845.
21. Gheorghe-Andrei D., Martinez-Rubio A., Agewall S. et al. (2018) Antiarrhythmic drugs — clinical use and clinical decision making: a consensus document from the EHRA and ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacology. *EP Europace*, 20(5): 731–732. doi: 10.1093/europace/eux373.
22. Markey G.C., Salter N., Ryan J. (2018) Intravenous Flecainide for Emergency Department Management of Acute Atrial Fibrillation. *J. Emerg. Med.*, 54(3): 320–327. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.11.016.
23. Martínez-Marcos F.J., García-Garmendia J.L., Ortega-Carpio A. et al. (2000) Comparison of intravenous flecainide, propafenone, and amiodarone for conversion of acute atrial fibrillation to sinus rhythm. *Am. J. Cardiol.*, 86(9): 950–953. doi: 10.1016/s0002-9149(00)01128-0.
24. ReTest® / База даних PharmaExplorer Plus Retest (2025) Дані аудиту лікарських призначень: «Антиаритмічні препарати IC класу», Україна, Q1–Q2 2025, спеціаліст: кардіолог. ТОВ «Проксима Рисерч Інтернешнл».
25. Flecainide: drug usage statistics, United States, 2014–2023 (2023) [Електронний ресурс] ClinCalc. [clinical.com/DrugStats/Drugs/Flecainide](https://www.clinical.com/DrugStats/Drugs/Flecainide).
26. Zylla M.M., Wolfes J., Schleberger R. et al. (2024) Use of class Ic antiarrhythmic drugs in patients with structural heart disease and implantable cardioverter defibrillator. *Clin. Res. Cardiol.*, 113(6): 933–941. doi: 10.1007/s00392-024-02394-6.
27. Lampert R., Chung E.H., Ackerman M.J. et al. (2024) 2024 HRS expert consensus statement on arrhythmias in the athlete: Evaluation, treatment, and return to play. *Heart Rhythm*, 21(10): e151–e252. doi: 10.1016/j.hrthm.2024.05.018.
28. IQVIA Institute for Human Data Science (2023) The Use of Medicines in the U.S. 2023. Durham (NC): IQVIA. [www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/the-use-of-medicines-in-the-us-2023](https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/the-use-of-medicines-in-the-us-2023).