

Дни аритмологии в Киеве

21–22 ноября 2013 г. в ГУ «Институт сердца МЗ Украины» (Киев) состоялся V научно-практический семинар «Дни аритмологии в Киеве», в ходе которого обсуждались наиболее актуальные вопросы ведения пациентов с нарушениями ритма сердца.

Диагностика и лечение желудочковых аритмий

Главный специалист МЗ Украины по специальности «Функциональная диагностика», профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук **Олег Иосифович Жаринов** представил доклад, посвященный вопросам диагностики желудочковых тахикардий (ЖТ).

– Прежде чем определить тактику лечения пациента с пароксизмальной тахикардией, следует определить механизм аритмии (автоматическая или реципрокная), оценить ее течение (пароксизмальная, постоянная, обратимая), длительность (пробежки, нестабильная, стойкая), а также прогноз (доброкачественная, потенциально злокачественная, злокачественная).

Большое значение имеет определение морфологии ЖТ: мономорфная, полиморфная или возникающая на фоне удлинения интервала QT. Так, в случае мономорфной ЖТ назначают новокаинамид или амиодарон. Основой лечения пациентов с полиморфной ЖТ и удлиненным интервалом QT является кардиостимуляция и назначение электролитов (магния и калия). У пациентов с полиморфной ЖТ без удлиненного интервала QT лечение преимущественно включает бета-адреноблокаторы, лидокаин и амиодарон.

Для того чтобы оценить перспективы остановки мономорфной ЖТ и ее лечения с помощью катетерных процедур, необходимо знать, на фоне какого заболевания возникла ЖТ, и самое главное – определить локализацию ее источника. Сделать предположение о локализации источника ЖТ можно на основании результатов электрокардиографии (ЭКГ) (например, по смещению электрической оси сердца). Точную информацию

о локализации источника ЖТ мы можем получить только при проведении электрофизиологического картирования.

Тактика ведения пациентов с полиморфной ЖТ зависит от этиологии аритмии, а также от длительности интервала QT. Очень важна своевременная диагностика ЖТ с удлиненным корригированным интервалом QT (> 500 мс) по типу «пируэт», которые часто выявляются случайно при холтеровском мониторинге ЭКГ у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) или сердечной недостаточностью (СН). Следует отметить, что наличие ЖТ, ассоциированной с эпизодами острой ишемии миокарда, является основанием для проведения коронарографии и дальнейшей реваскуляризации миокарда, которая, предположительно, может повлиять на прогноз таких больных.

При отсутствии удлинения интервала QT наиболее распространенными причинами возникновения полиморфной ЖТ являются ишемия или перенесенный инфаркт миокарда (наличие рубца). Гораздо реже сталкиваемся с синдромом Бругада и катехоламинергической полиморфной ЖТ. Основой диагностики синдрома Бругада, безусловно, являются изменения ЭКГ. Однако следует учитывать и такие важные критерии, как наличие полиморфной ЖТ, частые синкопе, индукция ЖТ, семейный анамнез внезапной смерти в возрасте до 40 лет, эпизоды ночного апноэ.

У пациентов с ЖТ и синдромом Бругада 1-го типа (классическим) единственным методом профилактики внезапной смерти – имплантация кардиовертера-дефибриллятора (КД).

Катехоламинергическая полиморфная ЖТ является одной из причин внезапной смерти у лиц молодого возраста при занятиях спортом и больших физических нагрузках. Очевидно, в этих случаях следует не только назначать антиаритмические препараты (ААП), но и рассмотреть вопрос об установке КД.

Показаниями I класса к имплантации КД согласно международным рекомендациям являются:

- вторичная профилактика после эпизодов внезапной остановки сердца, фибрилляции желудочков (ФЖ) или стойкой ЖТ, синкопе

неизвестного генеза; – высокий риск внезапной смерти, обусловленный наличием удлиненного интервала QT, синдрома Бругада, гипертрофической кардиомиопатии;

- инфаркт миокарда (≥ 40 дней) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) $< 30\text{--}40\%$ и II–III функциональным классом (ФК) по NYHA;
- наличие дилатационной кардиомиопатии, II–III ФК по NYHA, ФВ $\leq 30\text{--}35\%$.

В целом, лечение ЖТ в наибольшей степени показано пациентам с клинически значимыми нарушениями ритма, ухудшающими прогноз.

Профессор кафедры семейной медицины Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, руководитель Волинского областного центра кардиоваскулярной патологии и тромбозиса, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Ягенский в выступлении осветил вопросы стратификации риска и лечения ЖТ.

– Специфические маркеры риска внезапной смерти у пациентов с ЖТ на сегодня не определены, поэтому сохраняют актуальность факторы, не связанные непосредственно с нарушением ритма: ФВ при СН, структурные изменения в ЛЖ, наличие ишемических событий и, в определенной степени, возраст. Эти факторы были определены в ходе крупных клинических и популяционных исследований, их роль отражена в классификации ЖТ по J.T. Vigger. Согласно этой классификации ЖТ по прогностической значимости делятся на опасные (ФЖ, стойкая тахикардия), потенциально опасные и неопасные (к последним двум категориям относятся экстрасистолы и эпизоды нестойкой тахикардии). Таким образом, главным критерием разделения ЖТ на потенциально опасные и неопасные является не характер аритмии, а структурные изменения в сердце, в первую очередь гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ), дилатация ЛЖ, рубцовые изменения.

Соответственно, тактику лечения пациентов с ЖТ определяет не только наличие, характер и прогностическое значение нарушения ритма, но и состояние сердечно-сосудистой системы в целом. Это в полной мере относится и к выбору ААП. При наличии структурных изменений в сердце основными препаратами для лечения пациентов с ЖТ являются бета-адреноблокаторы, амиодарон, антиаритмические препараты (например, базовая терапия СН, артериальной гипертензии – АГ), другие ААП в этих ситуациях противопоказаны. При отсутствии структурных изменений в сердце выбор ААП более широк, включая антиаритмические средства I класса.

Лечение пациентов с фибрилляцией предсердий

Академик НАМН Украины, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2, ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Георгий Викторович Дзяк** особое внимание уделил вопросам проведения радиочастотной абляции (РЧА) при фибрилляции предсердий (ФП). РЧА является наиболее перспективным и стремительно развивающимся методом лечения этого заболевания. Эффективность РЧА при пароксизмальной и персистирующей ФП составляет 60–95 %. Различные методы абляционной терапии постоянной формы ФП помогают восстановить ритм у 65–80 % больных.

Академик Г.В. Дзяк подчеркнул, что выбор между антиаритмической терапией и абляцией левого предсердия, а также выбор ААП для контроля ритма у пациентов с ФП зависит от наличия/выраженности структурного заболевания сердца и формы ФП.

Актуальным вопросом сегодня является правильный отбор пациентов с ФП для проведения РЧА.

О критериях эффективности РЧА в лечении ФП рассказал профессор **О.И. Жаринов**, отметив, что для постановки вопроса о проведении абляции следует объективно оценить течение ФП и убедиться в том, что частота и тяжесть пароксизмов ФП оправдывает выполнение вмешательства, которое само по себе может привести к фиброзу миокарда.

Пациенты с постоянной формой ФП не относятся к категории больных, у которых целесообразно проведение РЧА. Данную процедуру следует рассмотреть у лиц с синусовым ритмом, пароксизмальной формой ФП, молодого или относительно молодого возраста, с небольшим размером левого предсердия и неудачным опытом лечения ААП. При этом важно правильно трактовать достигнутые на фоне терапии ААП результаты: назначение ААП можно расценивать как неэффективное в случае отсутствия эффекта при приеме адекватных доз препаратов и использовании их комбинаций (амиодарон с бета-адреноблокаторами и т.д.). При снижении частоты пароксизмов с ежедневных до 2 приступов в месяц применение ААП следует расценивать как удачное.

Если пациент отвечает всем вышеперечисленным критериям, настроен на проведение РЧА и наличие у него ФП оказывает серьезное влияние на качество жизни, существует большая вероятность того, что процедура абляции станет

для него единственной реальной возможностью улучшения качества жизни, повышения эффективности ААП в случае продолжения их приема и увеличения периода до формирования постоянной формы ФП.

Профилактика тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий

Академик Г.В. Дзяк отметил в своем выступлении, что ФП – заболевание, сопряженное с высокой вероятностью развития инсульта, и степень риска в значительной степени зависит от длительности ФП. Важным аспектом ведения пациентов с ФП является антитромботическая терапия с использованием антикоагулянтов, которая рекомендована таким больным с целью профилактики тромбоэмболических осложнений, исключая лиц с низким риском развития данных состояний или с противопоказаниями к применению антикоагулянтов. Антитромботическая терапия не показана пациентам с неклапанной ФП в возрасте до 65 лет с низким риском инсульта (0 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc).

Таким образом, решение о назначении антикоагулянтов при ФП должно быть основано на оценке риска тромбоэмболий, а не на типе, частоте, длительности или клинических симптомах аритмии.

Колоссальным шагом вперед в современной фармакотерапии стало внедрение в клиническую практику новых оральных антикоагулянтов (НОАК), которые имеют ряд преимуществ перед варфарином, таких как простота применения и более высокая безопасность. Однако не все аспекты использования НОАК у пациентов с ФП на сегодня полностью изучены. Так, доказательную базу эффективности и безопасности НОАК у таких больных перед изоляцией легочных вен имеет в настоящее время только прямой ингибитор тромбина дабигатран, тогда как для ингибиторов Ха фактора не накоплено достаточного количества данных по их использованию перед катетерной абляцией. На стадии изучения находится возможность применения НОАК при пороках сердца, искусственных клапанах сердца, беременности.

Кроме того, при назначении НОАК следует учитывать множество других важных моментов, одним из которых является взаимодействие с препаратами, часто применяемыми у пациентов с ФП. Помимо антикоагулянтов, пациенты с ФП нередко принимают антиагреганты. Сочетание одного из антиагрегантов с НОАК (как и при

комбинированном приеме с варфарином) повышает риск кровотечений минимум на 60 %, а одновременное назначение двойной антитромботической терапии и антикоагулянта увеличивает риск кровотечений в 2 раза (EHRA, 2013). К нерешенным проблемам в области применения НОАК относится более высокий по сравнению с варфарином риск негативных последствий при пропуске дозы, что следует учитывать при выборе препарата у пациентов с плохой приверженностью к лечению. Отсутствие антидотов для большинства НОАК и не до конца изученные возможные лекарственные взаимодействия через систему Р-гликопротеина и CYP 3A4 являются дополнительным поводом для врачей обратить внимание на то, что следует вдумчиво подходить к использованию этих лекарственных средств у каждого конкретного пациента.

Альтернативой длительной антикоагулянтной терапии при ФП может быть установка устройства Watchman Device для окклюзии ушка левого предсердия (УЛП) – процедуры, которая в исследовании PROTECT AF продемонстрировала не меньшую эффективность по сравнению с применением варфарина в снижении риска развития инсульта. Кроме того, возможность отмены варфарина означала уменьшение вероятности возникновения кровотечений, связанных с длительной антикоагулянтной терапией.

Профессор О.И. Жаринов напомнил историю развития антитромботической терапии при ФП, которая достаточно быстро эволюционировала на протяжении последних 12 лет. Так, в 2001 г., когда для оценки риска инсульта у пациентов с ФП была предложена шкала CHADS (2), назначение антикоагулянтной терапии зависело от ответа на вопрос – достаточно ли высока степень риска развития инсульта для использования данного вида лечения. В 2010 г. идеология антитромботической терапии у больных с ФП изменилась: согласно современным представлениям, использование пероральных антикоагулянтов целесообразно у большинства таких пациентов, что и отражено в усовершенствованной шкале риска CHA₂DS₂-VASc, в соответствии с которой часть больных с ФП, имеющих 1 балл по шкале риска CHADS (низкая степень риска, отсутствие необходимости использования антикоагулянтов), приобретают 2 и более баллов, следовательно, переходят в категорию более высокого риска и нуждаются в назначении антикоагулянтов. **Шкала CHA₂DS₂-VASc по сравнению с ранее принятой шкалой отличается более жесткими показаниями к применению антикоагулянтов, большим количеством факторов риска и ориентирует врачей прежде всего на поиск отдельных**

пациентов, не нуждающихся в назначении антикоагулянтов.

Для проведения антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП существуют три принципиальных показания: подготовка к кардиоверсии при персистирующей форме ФП; постоянная профилактика при постоянной форме ФП или после кардиоверсии; особенные ситуации (лечение декомпенсации кровообращения), при которых ФП является дополнительным основанием для назначения антитромботических препаратов.

В современных рекомендациях предложены два варианта ведения больных с ФП с точки зрения проведения антитромботической терапии. Один из них основывается на использовании чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭКГ), которая обеспечивает визуализацию УЛП – основного источника тромбов у пациентов с ФП – и позволяет ускорить кардиоверсию в случае отсутствия тромба. При наличии тромба в УЛП осуществляют лечение антагонистами витамина К (МНО 2,0–3,0) и повторяют ЧПЭКГ. В клиниках, не имеющих возможности проводить ЧПЭКГ, допускается применение другой стратегии, подразумевающей назначение 3-недельной стандартной антикоагулянтной терапии. Это позволяет при относительно небольших рисках подготовить пациента к плановой кардиоверсии, после которой назначают пожизненное лечение пероральными антикоагулянтами.

У больных с ФП, кроме определения тромба в УЛП, целесообразным является определение других маркеров тромбообразования: степени выраженности феномена спонтанного контрастирования в полости и УЛП; параметров, которые оценивают с помощью метода тканевой доплерографии (показателей максимальной и средней скорости изгнания крови из УЛП, максимальной скорости наполнения кровью УЛП, выраженности митральной и трикуспидальной регургитации). Следует также помнить, что изолированные тромбы в УЛП встречаются крайне редко – как правило, одновременно удается обнаружить и тромбы в ушке правого предсердия. **Таким образом, вопросы тромбопрофилактики у пациентов с ФП в настоящее время рассматривают не только с позиции снижения риска ишемического инсульта, но и профилактики тромбоэмболических осложнений в малом круге кровообращения.**

Назначение антикоагулянтной терапии тесно связано с вопросами профилактики кровотечений – с этой целью разработана шкала риска

кровотечений HAS-BLED, которая представлена в современных европейских рекомендациях. **Важно понимать, что оценка риска кровотечений осуществляется для того, чтобы иметь возможность своевременно контролировать факторы риска и обеспечивать безопасность антикоагулянтной терапии в особенных клинических ситуациях, например, у пациентов с ОКС, при наличии сопутствующих заболеваний, снижении функции почек, выборе дозы современного перорального антикоагулянта. Не следует использовать шкалу HAS-BLED для определения показаний к назначению антикоагулянтов: главным аргументом при решении этого вопроса у пациентов с ФП должны быть результаты оценки риска развития ишемического инсульта. Таким образом, шкала HAS-BLED – эффективный инструмент для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП, который разработан для того, чтобы настроить врача на контроль процесса лечения, но не для поиска причин для отказа от антикоагулянтной терапии.**

О том, что причины для отказа от этого жизненно важного вида лечения находятся достаточно часто, свидетельствуют данные международного реестра REALISE-AF, организованного с целью изучения ситуации в области терапии ФП, в котором принимали участие украинские клинические центры. Согласно этим данным, в нашей стране антикоагулянтную терапию пациентам с ФП, нуждающимся в приеме этих препаратов, назначают только в 30 % случаев (в мире в 50 % случаев). Практический опыт подсказывает, что даже эти цифры являются слишком оптимистичными по сравнению с реальными. Обзорное исследование REALISE-AF обозначило еще одну проблему: несоответствие схем антитромботической терапии и степени риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. Так, достаточно часто этим больным не назначают антикоагулянты при высокой степени риска и наоборот – применяют при отсутствии показаний. В то же время врачи не учитывают, что антикоагулянты могут вполне назначаться в отдельных ситуациях, когда эти препараты не показаны для длительного приема ввиду относительно низкого уровня риска тромбоэмболий, но необходимы в период проведения электрической кардиоверсии. В целом, можно констатировать существенные пробелы в области имплементации современных рекомендаций по тромбопрофилактике у пациентов с ФП.

Подготовила Наталья Очеретяная

Редакция журнала «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія» щиро дякує газеті «Здоров'я України» та Наталії Очеретяній за сприяння у підготовці цього матеріалу.