

УДК 616.12-008.311(477-25)

## Дні аритмології в Києві: складні питання лікування хворих із порушенням ритму серця

15–16 листопада 2018 р. відбулася ювілейна X науково-практична конференція «Дні аритмології в Києві», організаторами якої виступили ДУ «Інститут серця МОЗ України» та Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Конференція проводилася в дні святкування столітнього ювілею з дня заснування НМАПО імені П.Л. Шупика. На відкритті заходу було вручено нагороду кращому аритмологу України. Цього року її отримав к. мед. н. Борис Богданович Кравчук (м. Київ).

Темою для обговорення на конференції було обрано лікування пацієнтів зі складними порушеннями ритму та профілактика можливих ускладнень, серед яких тромбоемболічні ускладнення є чи не найголовнішою проблемою.

**Завідувач відділення лікування аритмій із рентгеноопераційною Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України (м. Київ), кандидат медичних наук Борис Богданович Кравчук** присвятив свій виступ особливостям антикоагулянтної терапії в пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП). Доповідач наголосив на тому, що при симптоматичній ФП використовують антиаритмічні препарати (клас I) та катетерну абляцію. Зокрема, у разі пароксизмальної та персистентної ФП проведення катетерної абляції є доцільним (IIa), а також може бути розглянуте при тривалому персистуванні ФП (IIb).

Відповідно до документа рекомендацій із лікування пацієнтів з ФП із викладеною позицією Європейської асоціації серцевого ритму (EHRA), що схвалено робочою групою із тромбозів Європейського товариства кардіологів (ESC), Товариством серцевого ритму (HRS) та Азіатсько-Тихоокеанським товариством серцевого ритму (APHRS), в усіх пацієнтів, яким буде проведено радіочастотну катетерну абляцію, і які на час підготовки процедури мають ФП, обов'язкова антикоагулянтна терапія з використанням нових оральних антикоагулянтів

(НОАК) або антагоністів вітаміну К упродовж 3 тижнів перед процедурою. Для осіб із ФП, яким планується абляція під час синусового ритму, рекомендоване антикоагулянтне лікування протягом 3 тижнів перед абляцією та є обов'язковим у пацієнтів з кількістю балів  $\geq 2$  за шкалою оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень при ФП та тріпотінні передсердь (CH<sub>2</sub>ADS<sub>2</sub>-VASc). Передопераційну трансезофагеальну ехокардіографію слід виконувати всім хворим, яким буде проведено абляцію із приводу ФП, а обов'язковою вона є для пацієнтів із показником  $\geq 2$  за CH<sub>2</sub>ADS<sub>2</sub>-VASc (С. Sticherling та співавт., 2015).

Б.Б. Кравчук представив результати дослідження RE-CIRCUIT, в якому зафіксовано меншу кількість масивних кровотеч при використанні дабігатрану порівняно з варфарином, зокрема, протягом перших 7 днів після абляції (Н. Salkins та співавт., 2017). Порівняно з безперервним прийомом варфарину терапія дабігатраном по 150 мг двічі на добу була пов'язана з нижчою частотою масивних кровотеч під час абляції та протягом 2 місяців після втручання. Тромбоемболічні події не спостерігалися в пацієнтів при безперервній терапії дабігатраном – у них було зафіксовано менше тяжких і серйозних ускладнень, ніж у хворих, що приймали варфарин (тампонада перикарда, внутрішньочерепні кровотечі, пахові гематоми). Іншою перевагою перипроцедурного використання дабігатрану є доступність ідаруцизумабу – специфічного антидоту до дабігатрану.

Запорукою успіху інтервенційного лікування ФП є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, правильна вчасна абляція та післяопераційний моніторинг (оцінка ризику інсульту).

Також лектор розглянув особливості антикоагулянтної терапії в пацієнтів із ФП та хронічною хворобою нирок (ХХН). Відомо, що в більшості випадків ФП поєднується з іншим захворюванням, а саме артеріальною гіпертензією – 72 %, серцевою недостатністю – 46 %, іше-

мічною хворобою серця (ІХС) – 32 %, цукровим діабетом – 21 %, нирковою недостатністю – 15 %, цереброваскулярними патологіями – 14 %. Закономірно, що коморбідні стани впливають на особливості антикоагулянтного лікування. Зокрема, захворюваність на ХХН збільшується з віком, тому в реальному житті пацієнти з ФП та супутньою ХХН є переважно літніми людьми, які мають ще низку супутніх патологій (Т. Wilke та співавт., 2013). Отже, вибір антикоагулянту в пацієнтів із ФП та хворобою нирок залежить від ниркового кліренсу, ренопротективних властивостей та ризику розвитку кровотеч.

Відповідно до рекомендацій ESC (2016), НОАК є препаратами першої лінії в пацієнтів із неклапанною ФП. За даними метааналізу клінічних досліджень III фази із профілактики інсульту / системної емболії в осіб із ФП, клінічна користь НОАК вища, ніж при застосуванні варфарину: на 19 % нижчий ризик інсульту / системної емболії, на 52 % – внутрішньочерепного крововиливу, на 14 % – великих кровотеч, на 10 % – відносний ризик смерті (С.Т. Ruff, 2014).

Водночас НОАК різняться між собою за механізмом дії, фармакокінетикою, режимом дозування, ризиками взаємодії та безпекою. У всіх пацієнтів із ФП рекомендується оцінювати функцію нирок на підставі креатиніну сироватки та кліренсу креатиніну для виявлення хвороби нирок і необхідності корекції дози для терапії ФП (ІА) (ESC, 2016). У всіх хворих, що приймають пероральні антикоагулянти, слід оцінювати функцію нирок як мінімум раз на рік для своєчасного виявлення ХХН (ІаВ).

Доповідач звернув увагу, що рівень креатиніну в крові може істотно не зростати доти, доки нирки не втрачають свої функції приблизно на 50 %. Деякі пацієнти із хронічною нирковою недостатністю протягом кількох років мають нормальні показники. У хворих похилого віку, осіб із невеликою м'язовою масою при виразних стадіях ХХН вимірювання рівня креатиніну для оцінки функції нирок може бути недостовірним та призводити до помилки, а як наслідок – недооцінювання тяжкості ХХН.

Навіть якщо кліренс більший ніж 90 мл/хв, може бути поставлено діагноз ХХН 1-го ступеня. Надалі кліренс продовжує знижуватися, що необхідно враховувати при виборі антикоагулянту для пацієнта з ФП.

Нирковий кліренс впливає на експозицію препаратів у крові. Погіршення функції нирок – фактор ризику тромбоемболічних ускладнень в осіб із ФП. Зниження кліренсу

креатиніну на кожні 10 мл/хв збільшує вірогідність розвитку інсульту на 12 %. Наявність ХХН підвищує ризик кровотеч та інсульту у пацієнтів із ФП. Поєднання інсульту / транзиторної ішемічної атаки в анамнезі та ХХН збільшує ймовірність повторного інсульту у хворих із неклапанною ФП (S. Goldfarb та співавт., 2017).

Спеціальне дозування НОАК для пацієнтів із порушеною функцією нирок вивчали лише в дослідженні ROCKET AF, в яке були залучені хворі з високим ризиком інсульту. Спеціальна доза ривароксабану 15 мг для осіб із помірною нирковою недостатністю асоціювалася зі зниженням відносного ризику небезпечних кровотеч порівняно з варфарином (К.А. Fox та співавт., 2011). Застосування варфарину може сприяти розвитку наступного поглиблення дефіциту вітаміну К та призводити до кальцифікації ниркових артерій, погіршуючи функцію нирок. Прогресування її зниження відбувається повільніше при застосуванні ривароксабану порівняно з антагоністами вітаміну К.

**Завідувач кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Йосифович Жарінов** доповів про ведення осіб похилого віку з неклапанною ФП. Доцільність кардіоверсії у пацієнтів із першим епізодом ФП залежить від їхнього віку, терміну після виявлення аритмії, класу EHRA, фракції викиду лівого шлуночка та супутніх хвороб. Частота застосування антикоагулянтів знижується з віком, але старечий вік не є підставою для відмови від антитромботичної та антиаритмічної терапії. НОАК – засоби першого вибору для лікування пацієнтів похилого/старечого віку із ФП. Ця група препаратів характеризується високою специфічністю, балансом ефективності/безпеки, швидким початком дії, меншою кількістю взаємодій, не потребує моніторингу/корекції дози та не залежить від прийому їжі.

Зокрема, ефективність та безпечність ривароксабану переконливо доведені саме в пацієнтів із найвищим ризиком емболій та кровотеч, зокрема старечого віку. Ривароксабан має специфічні докази ефективності та безпечності за наявності супутніх хвороб, включно із ХХН та ІХС (С.І. Coleman та співавт., 2017).

Також лектор розглянув питання комбінованої антитромботичної терапії в пацієнтів з ІХС та ФП. Подвійне лікування при ІХС передбачає два антиагреганти або НОАК у поєднанні з клопідогрелем. Слід зазначити, що при ФП подвійна

терапія з НОАК є безпечнішою, ніж потрійна з варфарином (С.Р. Cannon та співавт., 2017).

**Завідувач відділення ультразвукової та клініко-інструментальної діагностики і малоінвазивних втручань Інституту загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України (м. Харків), кандидат медичних наук Дмитро Євгенович Волков** розглянув механізми виникнення, питання діагностики та лікування тахікардій із широкими комплексами QRS.

Доповідач підкреслив, що лікування ФП потребує міждисциплінарного підходу. Спроби ранньої діагностики ФП у загальній популяції (особливо у хворих із факторами ризику її виникнення) та новітні індекси оцінки (AF burden-density-LAA anatomy) є дуже перспективними.

Сучасна антикоагулянтна терапія при ФП має найширшу доказову базу стосовно «жорстких» кінцевих точок. Ривароксабан та інші НОАК можна застосовувати в період інтервенційного періоду в осіб із ФП у безперервному режимі (uninterrupted). Цей препарат має надійний профіль безпечності та ефективності, а досвід його клінічного використання – найбільший у світі для НОАК (G. Renda та співавт., 2017).

Доповідач також зупинився на проблемі тахікардій із широкими комплексами QRS. Цей патологічний стан може бути клінічним виявом різних хвороб серця. Різниця між нормальним і широким QRS при тахікардії полягає в тому, що тахікардії із широкими комплексами QRS є складнішими в інтерпретації та більш життєво небезпечними. Априорі вони повинні розглядатися як шлуночкові тахікардії (80 %). Потенційна загроза для життя передбачає активний пошук причин їхнього виникнення та корекцію з використанням інтервенційних і медикаментозних методів лікування.

Клінічними виявами тахікардії з широкими комплексами QRS є серцебиття, гіпотензія та синкопи. Діагностичні можливості при підозрі на неї забезпечують електрофізіологічне дослідження, холтеровське моніторування та петлевий реєстратор ЕКГ, коронарографія, ядерно-магнітна резонансна томографія, а також дані анамнезу, лабораторні та функціональні тести.

Лікування та профілактика передбачають радіочастотну катетерну абляцію, імплантований кардіовертер-дефібрилятор (ІКД), пристрій для кардіоресинхронізувальної терапії з функцією дефібрилятора, антиаритмічні препарати. На цей час аміодарон має найбільшу доказову базу серед

усіх антиаритмічних засобів щодо профілактики раптової серцевої смерті (РСС) та лікування шлуночкових порушень ритму у хворих зі структурною патологією міокарда (особливо ішемічного генезу). Амідарон знижує ризик розвитку РСС на 29 %, а серцево-судинної смерті – на 18 %. Отже, він є життєздатною альтернативою для пацієнтів, яким протипоказана ІКД-терапія, для профілактики РСС (J.P. Piccini та співавт., 2009).

**Завідувач відділення порушень ритму серця Інституту серця МОЗ України (м. Київ), кандидат медичних наук Олександр Миколайович Грицай** присвятив доповідь хірургічному лікуванню клапанної ФП, зокрема, операції MAZE (лабіринт). Її кінцева мета полягає в забезпеченні одного маршруту проходження електричного імпульсу із синусового до атріовентрикулярного вузла з численними перешкодами на шляху, щоб забезпечити активацію всього міокарда передсердь одночасно (J. Cox, 1987). Доповідач зазначив, що якою б ефективною не була хірургічна тактика, поява ФП у післяопераційний період може звести нанівець усі попередні зусилля. ФП відзначено у 40–60 % пацієнтів із мітральною вадою серця до моменту операції. Після неї ФП зберігається більше ніж у 80 % пацієнтів з доопераційною ФП, особливо при тривалості ФП > 1 року та розмірі лівого передсердя > 6 см. Крім того, поява ФП після операції відзначається у 20 % пацієнтів із вихідним синусовим ритмом (M.Y. Fulgelman та співавт., 1984; L.Y. Chua та співавт., 1994).

Відновлення синусового ритму методом «лабіринт» у поєднаних кардіохірургічних втручаннях помітно поліпшує довготривале виживання. У спробі спростити хірургічну процедуру були розроблені різні модифікації цієї оригінальної техніки, зокрема використання кріоабляції та зміни атріотомій (Y. Kosakai та співавт., 1994), лише РЧ-абляції замість розрізів (H.T. Sie та співавт., 2001) або в поєднанні з кріоабляцією (M.C. Chen та співавт., 1998). Інтраопераційне застосування РЧ-енергії є безпечним та ефективним, а також полегшує виконання операції «лабіринт», що особливо важливо при поєднаних оперативних втручаннях.

«Звільнення» від ФП після процедури Cox-Maze IV (сучасна модифікація операції «лабіринт», в якій замінено метод «вирізати і зшити» первісної операції лініями абляції, створеними з використанням біполярних радіочастотних і кріотермічних енергетичних пристроїв) екви-

валентне для пацієнтів із пароксизмальною та непароксизмальною ФП. Ізоляція задньої стінки лівого передсердя є критичною частиною операції: якщо цього не зроблено, 5-річна свобода від ФП та антиаритмічних препаратів становить менш ніж 35 %. Передопераційна тривалість ФП – найбільший фактор невдачі лікування в пізній період спостереження, що є аргументом для раннього інтервенційного лікування пацієнтів із відомою ФП. Загалом, усі особи з ФП, яким планується кардіохірургічне втручання, повинні розглядатися як кандидати на проведення процедури Cox-Maze IV.

**Доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії піс-**

**лядипломної освіти імені П.Л. Шупика на базі Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України (м. Київ), кандидат медичних наук Олексій Зиновійович Парацій** привернув увагу до невідірешених питань ІКД-терапії. Зокрема, триває пошук предикторів РСС: часто вона залишається першою і останньою маніфестацією хвороби. Немає простих та доступних методів скринінгу пацієнтів з високим ризиком щодо первинної профілактики РСС. Відкритим є питання ефективності застосування зовнішніх портативних дефібриляторів. До того ж, часте спрацювання ІКД (виснаження батареї генератора, відмова чи несправність електрода) негативно впливає на якість життя хворих.

*Підготувала Олександра Демецька*

*Редакція журналу «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія» щиро дякує газеті «Здоров'я України» за сприяння в підготовці цього матеріалу.*

## **Дні аритмології в Києві 21–22 листопада 2019 року**

**Інформація на сайтах:  
[www.nmapo.edu.ua](http://www.nmapo.edu.ua), [www.csic.com.ua](http://www.csic.com.ua),  
[www.heart.kiev.ua](http://www.heart.kiev.ua), [www.fd.org.ua](http://www.fd.org.ua)**