

V Науково-практична конференція Асоціації аритмологів України: обмін досвідом у режимі нон-стоп

19–20 травня 2015 р. у Києві відбулася V Науково-практична конференція Асоціації аритмологів України, організатори якої — Асоціація кардіологів України, Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України», за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, Асоціації дослідників України та Європейської асоціації серцевого ритму. У рамках заходу розглянуто теми фундаментальної аритмології, основні організаційні проблеми медичної галузі, питання вікової та гендерної специфіки аритмій, сучасні антиаритмічні терапевтичні підходи тощо. Учасниками конференції стали представники таких спеціальностей, як електрофізіологія, аритмологія, кардіологія, кардіохірургія, загальна практика — сімейна медицина, неврологія.



У своїй доповіді професор **Олександр Стичинський**, завідувач відділення електрофізіології та ренгенхірургічного лікування серцевих аритмій Державної установи (ДУ) «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова Національної академії медичних наук (НАМН) України», розглянув нові аспекти проблеми синдрому перезбудження шлуночків. Зокрема, оратор провів ретельний огляд останніх наукових публікацій, зупинившись на дослідженнях, які стосувалися когорти осіб дитячого віку та підлітків, а також необхідності корекції в них аритмії із застосуванням радіочастотної катетерної абляції (РКА).

У дослідженні С. Рарропе та співавтори (2014) вивчали частоту виникнення фібриляції шлуночків (ФШ) і «злякнісних» аритмій — фібриляції передсердь (ФП) тривалістю >1 хв з найкоротшим інтервалом R–R ≤250 мс. Когорту становив 1001 пацієнт із підтвердженим на електрокардіографії (ЕКГ) синдромом Вольфа — Паркінсона — Уайта (WPW), з яких 550 — безсимптомні пацієнти, 451 — із тахікардією. Усім учасникам проводили електрофізіологічне обстеження, однак абляції не виконували. Протягом 15–41 міс від початку спостереження у 15 (1,5%) осіб виникла ФШ і у 78 (7,8%) — загрожує життю аритмії. При цьому серед 550 безсимптомних пацієнтів ФШ виникла у 13 (2,4%), а серед 451 пацієнта із тахікардією — у 2 (0,4%). Із 15 пацієнтів із ФШ 13 були віком <15 років. Встановлено, що в осіб із ФШ величина ефективного рефрактерного періоду додаткового атріо-вентрикулярного з'єднання становила ≤240 мс.

Сьогодні Європейська асоціація аритмологів (European Heart Rhythm Association) з Європейською асоціацією дитячих кардіологів (Association for European Paediatric Cardiology) не рекомендують застосування медикаментозної терапії у дітей без аритмії, але з проявами перезбудження на ЕКГ. Застосування РКА при безсимптомному перезбудженні шлуночків у дітей віком >5 років відносять до класу рекомендацій (КР) IIb, а у дітей віком ≤5 років — до КР III. Частота ускладнень під час проведення РКА у пацієнтів дитячого віку становить 1,4–3,8% із летальністю 0,117%. Вік дитини <4 років та маса тіла <15 кг — незалежні фактори ризику виникнення

ускладнень. О. Стичинський окреслив контингент осіб із перезбудженням шлуночків за даними ЕКГ, яким рекомендоване проведення РКА, незалежно від наявності симптомів:

- професійні спортсмени;
- особи, у професійній діяльності яких неприпустимою є навіть короточасна втрата свідомості (водії громадського транспорту, пілоти, працівники висотних робіт та ін.);
- особи зі структурною патологією серця;
- особи зі втратою свідомості неясної етіології в анамнезі.



Симпозіум, присвячений сучасним аспектам антиаритмічної терапії, розпочався з доповіді професора **Олега Сичова**, керівника відділу аритмій серця ДУ «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», в якій він розглянув актуальні питання лікування пацієнтів із ФП, що є причиною 1/3 усіх випадків ішемічного інсульту та підвищує ризик серцевої та серцево-судинної смерті у 2 рази.

При визначенні терапевтичного підходу у пацієнтів із ФП виникає необхідність вирішення проблеми вибору між стратегією контролю частоти шлуночкових скорочень або контролю серцевого ритму. Результати дослідження PIAF (Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation) свідчать про відсутність значної переваги застосування тієї чи іншої методики; AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management) — про раціональність застосування терапії, що базується на контролі частоти шлуночкових скорочень у пацієнтів із ФП; RACE (Rate Control vs Electrical Cardioversion for Persistent Atrial Fibrillation) — про переваги застосування частотного контролю у пацієнтів із високим ризиком рецидиву ФП та ускладнень антиаритмічної терапії. Підсумовуючи вищезазначене, О. Сичов поділився із присутніми алгоритмом вибору стратегії контролю частоти скорочень чи ритму серця, а також методикою вибору адекватного внутрішньовенного препарату для проведення медикаментозної кардіоверсії.

Доповідач проаналізував основні ризики, пов'язані із застосуванням низки препаратів при пароксизмальній ФП, підкресливши раціональність використання аміодарону як найбільш безпечного (табл. 1). О. Сичов розповів про результати багаточентрового дослідження застосування аміодарону у пацієнтів із ФП та серцевою недостатністю (СН), яке проводили співробітники ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». Через 2 роки після призначення аміодарону як антиаритмічного препарату проведено оцінку комплаєнсу та зіставлення з результатами об'єктивного обстеження. 56% хворих самостійно скоригували рекомендовану терапію: 18% вибрали інший антиаритмічний препарат (1-ша група), 38% — повністю відмовилися від лікування засобами зазначеного класу (2-га група). У 46% осіб 2-ї групи вже через 12 міс після закінчення прийому аміодарону зареєстрували пароксизмальну ФП порівняно із 33% 1-ї групи і 0% тих, які продовжували застосовувати аміодарон. Через 2 роки цей показник становив 83; 68 і 18,0% відповідно. У 64% пацієнтів 2-ї групи протягом 2 років із моменту завершення застосування аміодарону розвилася постійна форма ФП, як у 50% представників 1-ї групи. Серед пацієнтів, які продовжували приймати аміодарон, постійних форм ФП не реєстрували.

Препарат	Початкова доза	Наступна доза	Ризики
Аміодарон	5 мг/кг маси тіла внутрішньовенно протягом 1 год	50 мг/год	Розвиток флєбіту, артеріальної гіпотензії. Сповільнення частоти скорочень шлуночків. Затримка конверсії ФП
Флекаїнід	2 мг/кг внутрішньовенно протягом 10 хв чи 200–300 мг <i>per os</i>	–	Не підходить пацієнтам із вираженими органічними ураженнями серця; може подовжувати комплекс <i>QRS</i> і як наслідок – інтервал <i>Q–T</i> ; може викликати підвищення частоти скорочень шлуночків через конверсію ритму до тріпотіння передсердь і проведення імпульсу на шлуночки 1:1
Ібутилід	1 мг внутрішньовенно протягом 10 хв	1 мг внутрішньовенно протягом 10 хв після 10 хв паузи	Може викликати подовження інтервалу <i>Q–T</i> і розвиток тахікардії за типом <i>torsades de pointes</i> ; при його застосуванні необхідно контролювати дані ЕКГ стосовно появи зубців <i>T</i> , <i>U</i> чи подовження інтервалу <i>Q–T</i> . Знижує частоту скорочення шлуночків
Пропафенон	2 мг/кг внутрішньовенно протягом 10 хв чи 450–600 мг <i>per os</i>	–	Не підходить для пацієнтів із вираженим органічним ураженням серця; може подовжувати комплекс <i>QRS</i> ; дещо знижує частоту скорочень шлуночків через конверсію ритму до тріпотіння передсердь і проведення імпульсу на шлуночки 1:1
Вернакалант	3 мг/кг внутрішньовенно протягом 10 хв	2 мг/кг внутрішньовенно протягом 10 хв після паузи у 15 хв	Нещодавно препарат проходив дослідження щодо його застосування у клінічній практиці, наразі затверджений для реалізації



Олена Романова, старший науковий співробітник відділення аритмії серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», продовжила тему лікування ФП, деталі

тально зупинившись на принципах раціональної антиаритмічної терапії у пацієнтів із захворюваннями щитовидної залози (ЩЗ). Серед осіб похилого віку ФП часто буває єдиним проявом гіпертиреозу порівняно з особами молодого віку (35 та 2% відповідно), тому при діагностиці цього виду тахіаритмії у перших необхідна оцінка можливості її гіпертиреодного походження, навіть за відсутності клінічних ознак тиреотоксикозу. До захворювань ЩЗ, які можуть бути причинами ФП, відносять дифузний токсичний зоб, багатовузловий токсичний зоб, токсичну аденому, тиреоїдит, йодіндукований гіпотиреоз тощо.

Існує низка препаратів, які застосовують при різних захворюваннях і здатні впливати на функцію ЩЗ. До них належать: допамін, добутамін, глюकोкортикоїди, контрастні речовини, препарати літію, інтерферони, моноклональні антитіла, аміодарон. Застосування останнього при ФП може призводити до розвитку аміодарон-індукованого тиреотоксикозу (АІТ), що зумовлено здатністю цього засобу вбудовуватись у цикли гормонів ЩЗ, сприяючи зниженню секреції тироксину і трийодтироніну, підвищувати секрецію тиреотропного гормону. За таких умов нормальні рівні йоду у крові утримуються до 9 міс після припинення застосування аміодарону, а розвиток гіпо- чи гіпертиреозу можливий через декілька місяців і навіть через 1 рік після його відміни.

АІТ втричі частіше діагностують у чоловіків і осіб похилого віку. У пацієнтів із патологією ЩЗ, що виникла до призначення аміодарону, частота розвитку АІТ та аміодарон-індукованого гіпотиреозу становить 49 та 25% відповідно такої у пацієнтів без захворювань ЩЗ. Тому необхідно контролювати структуру та функцію ЩЗ як до, так і після застосування аміодарону: протягом 1-го року кожні 3 міс, далі — кож-

ні 6 міс. Після досягнення клінічного і лабораторного еутиреозу пацієнтам із гіпофункцією ЩЗ рекомендовано проводити лабораторний контроль 1 раз на 6–12 міс пожиттєво, при тиреотоксикозі — 1 раз на 1–3 міс протягом 2 років.



Олег Іркін, старший науковий співробітник відділення реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», представив останні

рекомендації щодо лікування при життєбезпечних порушеннях серцевого ритму та ознайомив присутніх з алгоритмом надання невідкладної допомоги пацієнтам із тахіаритмією, що включає:

- визначення стану хворого (стабільний, нестабільний);
- реєстрацію ЕКГ у 12 відведеннях із визначенням тривалості комплексу *QRS*;
- визначення ритму (регулярний, нерегулярний).

За наявності ознак порушення гемодинаміки рекомендовано проведення заходів серцево-легеневої реанімації, застосування електроімпульсної терапії (ЕІТ) та введення аміодарону. При стабільній гемодинаміці рекомендовано проведення черезстравохідної електрокардіостимуляції, введення відповідних препаратів, проведення ЕІТ, що залежить від форми тахіаритмії.

У разі тривалості комплексу *QRS* >0,12 с (широкі комплекси) рекомендовано дотримуватись алгоритму ведення пацієнта аналогічно такому при шлуночкової тахікардії (ШТ) за відсутності анамнестичних даних про ефективність застосування

верапамілу, аденозину, вагусних проб чи підтверджені раніше суправентрикулярної тахікардії.

При виникненні у пацієнта стійкої ШТ, що супроводжується зупинкою кровообігу, рекомендовано максимально ранній початок реанімаційних заходів (КР І, рівень доказовості (РД) С) із проведенням дефібриляції (КР І, РД С). При рецидиві ШТ та/чи неефективності дефібриляції необхідно ввести аміодарон 5 мг/кг внутрішньовенно (КР І, РД В). За умов виникнення ШТ, що супроводжується нестабільною гемодинамікою, але за наявності пульсу, рекомендовано провести електричну кардіоверсію з попередньою седацією пацієнта. Ця рекомендація актуальна на будь-якому етапі лікування при підозрі на стійку мономорфну ШТ із нестабільною гемодинамікою (КР І, РД С).

О. Іркін також окреслив основні рекомендації щодо лікування при гемодинамічно стабільній тахікардії з широкими комплексами *QRS* (табл. 2). Аміодарон — препарат першої лінії для купірування гемодинамічно стабільних ШТ.

Доповідач також зупинився на рекомендаціях лікування ШТ за типом *torsades de pointes*, ШТ при ішемії міокарда, гіпертрофічній кардіоміопатії та СН, розглянув етапи лікування так званого електричного шторму.



Актуальну на сьогодні тему застосування нових антикоагулянтів (АК) у лікуванні ФП розкрив у своїй доповіді **Анджей Ринкевич** (Andrzej Rynkiewicz), доктор філософії відділення кардіології та кардіохірургії Медичного факультету Вармінсько-Мазурського університету

Таблиця 2 Рекомендації щодо лікування пацієнтів із гемодинамічно стабільною тахікардією із широкими комплексами *QRS*

	Препарат	РД	
		КР	РД
Ідіопатична тахікардія з широкими комплексами <i>QRS</i>	Аміодарон	I	B
	Прокаїнамід	I	B
	ЕІТ	I	B
	Лідокаїн	IIb	B
	Аденозин	IIb	C
	Блокатори β-адренорецепторів	III	C
	Верапаміл	III	C



(Uniwersytet Warmiński-Mazurski), Польща. Враховуючи те, що ФП підвищує ризик розвитку інсульту в 5 разів, а також смерті від інсульту внаслідок ФП — у 2 рази, ведення пацієнтів із цією патологією ритму потребує ретельного дотримання відповідних рекомендацій щодо профілактики тромбоемболії із застосуванням АК.

А. Ринкевич детально розповів про результати дослідження RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy), мета якого — порівняння ефектів та безпеки застосування АК дабігатрану в дозі по 150 та 110 мг 2 рази на добу і варфарину з добре контрольованим міжнародним нормалізованим відношенням. При застосуванні дабігатрану в дозі по 150 мг 2 рази на добу ризик виникнення інсульту або системної тромбоемболії (СТ) достовірно знижувався на 35%, ішемічного інсульту — на 25%, геморагічного — на 74%, смерті від судинних подій — на 15% порівняно з таким варфарину.

За умови високого ризику кровотечі за шкалою HAS-BLED (≥ 3 балів), а також віку пацієнта ≥ 80 років, кліренсу креатиніну (КК) 30–50 мл/хв або супутнього застосування верапамілу в анамнезі рекомендоване зниження ефективної дози дабігатрану до 110 мг 2 рази на добу. Його застосування достовірно знижувало ризик виникнення геморагічного інсульту на 69% порівняно з таким при застосуванні варфарину, ризик ішемічного інсульту, СТ та смерті від судинних ускладнень був таким самим, як і при застосуванні варфарину.

Окрім цього, доповідач підкреслив раціональність призначення нових АК (дабігатрану, ривароксабану, апіксабану) як ефективної та безпечної альтернативи варфарину у пацієнтів з ішемічним інсультом в анамнезі, що виник на фоні застосування останнього.

Продовжив тему профілактики судинних ризиків із застосуванням нових АК О. Сичов, розглянувши особливості гемостазу при поєднанні у пацієнта ФП і хронічної СН, що супроводжується:

- змінами реологічних властивостей крові;
- порушенням коагуляції;
- активацією нейрогуморальних факторів;
- зміною тромбоцитів.

Використовуючи результати дослідження RE-LY, під час аналізу яких враховані дані 4904 пацієнтів із ФП та симптома-

тичною хронічною СН, доповідач підкреслив нижчий ризик розвитку інсульту чи СТ при застосуванні дабігатрану в дозі 110 та 150 мг 2 рази на добу порівняно з варфарином: 1,9; 1,44% проти 1,92% на рік відповідно, та ризик внутрішньомозкового крововиливу: 0,22; 0,26% проти 0,65% на рік відповідно. О. Сичов продемонстрував дані кількох метааналізів, які свідчать про нижчу частоту виникнення ішемічного інсульту при застосуванні дабігатрану, що також підтверджено у клінічній практиці. Проте зазначений АК протипоказаний при КК < 30 мл/хв. При КК 30–49 мл/хв виникає необхідність обстеження пацієнта кожні 3 міс, при КК ≥ 50 мл/хв — кожні 6 міс.

У доповіді «Тактика ведення пацієнтів із фібриляцією передсердь та коморбідностями» О. Сичов звернувся до досвіду застосування ривароксабану у пацієнтів віком ≥ 75 років, а також осіб із порушеною функцією нирок. У перших ризик розвитку інсульту чи СТ на 20% нижче такого при застосуванні варфарину (за даними дослідження ROCKET AF). У пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю середньої тяжкості застосування ривароксабану асоційоване зі зниженням ризику судинних подій на 16% порівняно із варфарином.

Дисфункція нирок є вагомим фактором ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів із ФП, оскільки зниження КК на кожні 10 мл/хв супроводжується підвищенням зазначеного ризику на 12%. При цьому кількість активної речовини ривароксабану, що виділяється нирками, найменша порівняно з іншими новими АК, що наразі зареєстровані в Україні.



Професор **Юрій Карпенко**, керівник відділення аритмології Регіонального центру кардіохірургії Комунальної установи «Одеська обласна клінічна лікарня», розповів про особливості

профілактики тромбоемболії при проведенні катетерної абляції та кардіоверсії. Зокрема доповідач підкреслив, що застосування АК перед проведенням ЕІТ зумовлене як емпіричним досвідом, так і результатами черезстравохідної ехокардіографії, що демонструють розчинення тромбу

у вушці лівого передсердя на фоні застосування пацієнтом варфарину. Ю. Карпенко ознайомив присутніх із практичними рекомендаціями щодо застосування нових АК у пацієнтів із неклапанною ФП, підкресливши необхідність їх призначення за ≥ 3 тиж до і 4 тиж після проведення кардіоверсії за умови тривалості ФП > 48 год.

На сьогодні існує ціла низка факторів, що підвищують ризик виникнення перипроцедуральної емболії у зв'язку з проведенням пацієнтам із ФП РКА. За результатами досліджень X-Vert і VENTURE AF, застосування ривароксабану у цих хворих — ефективніший і безпечніший метод профілактики судинних подій порівняно з варфарином.



Професор **Олег Жарінов**, завідувач кафедри функціональної діагностики Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст Міністерства

охорони здоров'я України за спеціальністю «Функціональна діагностика», продемонстрував переваги ще одного нового АК — апіксабану.

Посилаючись на результати дослідження ARISTOTEL, мета якого — порівняти основні ефекти варфарину та апіксабану у пацієнтів із ФП, та AVERROES — ацетилсаліцилової кислоти та апіксабану, доповідач зупинився на перевагах останнього. Він підкреслив зручність та відносно безпеку апіксабану, що дозволило внести його до переліку антитромботичної терапії, рекомендованої Американською кардіологічною асоціацією для застосування у пацієнтів із ФП у 2014 р.

Жвавий інтерес учасників конференції та делегатів викликали доповіді «Тактика «таблетка в кишені» в амбулаторній практиці» (О. Романова), «Можливості антигіпертензивної терапії в лікуванні аритмій» (Л. Міщенко), «Антиаритмогенний потенціал антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів та його клінічне значення» (Л. Воронков), «Особливості перебігу та лікування аритмії серця у хворих на інфекційний міокардит» (А. Василенко), «Медикаментозна терапія пацієнтів з імплантованими кардіостимуляторами» (М. Яблучанський, Д. Волков, Л. Мартимьянова, М. Мальцева, І. Шаніна), «Оцінка емболічних ушкоджень речовини головного мозку за допомогою МРТ у хворих із фібриляцією передсердь неклапанного походження» (О. Сичов, А. Бородай, Т. Шаповалов, Е. Бородай) та ін.

У рамках заходу відбувся конкурс молодих учених, мета якого — допомога новому поколінню науковців у реалізації свого дослідницького потенціалу. Також учасники заходу змогли взяти участь у низці майстер-класів, прослухати лекції світил галузі, обмінятися власним досвідом під час палких дискусій.

*Анна Антонюк,
фото Сергія Бека*