

Актуальные вопросы диагностики и лечения фибрилляции предсердий. День 2.

Сателлитный симпозиум "Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий - в помощь практическому врачу"

Проблема кровотечений у больных фибрилляцией предсердий, получающих ПОАК (Комаров Андрей Леонидович)

Кровотечения – частый спутник любой антитромботической терапии (в т.ч. ОАК).

Регистр GARFIELD-AF

Слизистые оболочки (ЖКТ и мочевые пути) – наиболее частые источники кровотечений у больных ФП, получающих ОАК.

Апиксабан (Эликвис®) – единственный ПОАК, который в полной дозе не повышает риск ЖК-кровотечений по сравнению с антагонистами витамина К (АВК) при профилактике инсульта у пациентов с ФП.

Miller CS et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 Nov;15(11):1674-1683

Факторы риска кровотечений и тромбозов тесно взаимосвязаны, и высокий риск кровотечений (при отсутствии неконтролируемого источника) – не основание для отказа от антитромботической терапии (АТТ).

Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline - Update 2021

После крупного ЖК-кровотечения следует оценить соотношение пользы и риска и возобновить ОАК после контроля источника кровотечения в ближайшие 7 дней.

Дополнение автора: по возможности использовать ПОАК, назначаемый в полной дозе.

Вопрос о целесообразности возобновления антикоагулянтов всем пациентам с ФП после ВЧК остается открытым.

Резюме

Повышение эффективности и безопасности АТТ основано на правильном выборе препаратов и дозировок, оценке потенциальных источников кровопотери на старте лечения, фокусе на приверженности к терапии большинства больных, стремлении к возобновлению лечения в ближайшие 7 дней при крупном кровотечении с контролируемым источником.

Антикоагулянтная терапия при кардиоверсии и катетерной аблации: современное

состояние проблемы
(Ускач Татьяна Марковна)

Рекомендации ESC, 2020 г.

- Пациентам с ФП при сопровождении кардиоверсии НОАК рекомендуются по крайней мере с такой же эффективностью и безопасностью, как варфарин.
- Пациентам с ФП и факторами риска инсульта, не принимавшим ОАК перед катетерной аблацией, рекомендуется проводить предоперационную профилактику инсульта, включающую инициацию ОАК и (предпочтительно) терапевтическую антикоагуляцию ОАК в течение как минимум 3-х недель до катетерной аблации **или** как альтернатива – проведение ЧПЭхоКГ для исключения тромба в левом предсердии перед КА.
- При проведении кардиоверсии и катетерной аблации рекомендуется непрерывная терапия ПОАК.
- После катетерной аблации ФП рекомендуется системная антикоагуляция варфарином или НОАК не менее 2-х месяцев после катетерной аблации и длительное продление системной антикоагуляции по прошествии 2-х месяцев после аблации на основании оценки риска инсульта у пациента и независимо от успеха или неудачи катетерной аблации.

Безопасность и эффективность непрерывного приема апиксабана при катетерной аблации ФП (в т.ч. утром перед процедурой) были равны таковой при приеме варфарина в отношении предотвращения кровотечений и тромбоэмболических осложнений; симптоматических инсультов не зарегистрировано.

Osaka Y et al. J Interv Card Electrophysiol. 2020 Jun;58(1):35-41

Выбор препарата и длительности перипроцедуральной терапии должен быть основан на оценке индивидуальных рисков пациента.

**Изменение парадигмы от предотвращения тромбоэмболических событий к
улучшению выживаемости пациентов с фибрилляцией предсердий**
(Котовская Юлия Викторовна)

Современная парадигма терапии ОАК:

- эффективная профилактика инсульта/тромбоэмболических осложнений, снижение риска смерти;
- безопасность, минимизация риска кровотечений;
- сохранение качества жизни;
- приверженность к терапии.

ПОАК vs АВК

(мета-анализ 16 исследований, пациенты ≥ 80 лет с ФП)

- Лечение ПОАК ассоциировано с достоверным снижением риска инсульта, смерти, ВЧК.
- Применение ПОАК не ассоциировано со значимым изменением рисков крупных кровотечений и ЖК кровотечений.

Качество жизни – ключевой маркер эффективности и безопасности лечения пожилого пациента с ФП.

У пациентов с ФП, получающих ПОАК, лучше качество жизни, уменьшаются тревога и депрессия, реже кровотечения, чем у пациентов, получающих варфарин.

Balcı KG et al. *Anatol J Cardiol.* 2016 Jul;16(7):474-481

Прием ПОАК ассоциирован с меньшим риском переломов, чем варфарин.

Huang HK et al. *J Am Heart Assoc.* 2021 Apr 6;10(7):e019618

Исследование ARISTOTLE

- У пациентов с ФП эффективность и безопасность применения апиксабана не зависит от наличия падений в анамнезе по сравнению с варфарином.
- Апиксабан (Эликвис®) сохраняет лучший профиль безопасности у пациентов с ФП и полиморбидностью по сравнению с варфарином.

Неприверженность к терапии ОАК ассоциирована с увеличением риска инсульта.

Ozaki AF et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2020 Mar;13(3):e005969

В помощь практическому врачу: классические и инновационные методики интервенционного лечения фибрилляции предсердий (Свешников Артем Валерьевич)

Радиочастотная абляция (РЧА) VS антиаритмическая терапия (ААТ)

На основании результатов ряда исследований (PIAF (2000), AFFIRM (2002), RACE (2002), STAF (2003), HOT SAFE (2004), AF-CHF (2008), J-RHYTHM (2009)) было проведено сравнение 2-х стратегий «контроль ритма» и «контроль ЧЖС» у пациентов с ФП. Ни одно из РКИ не показало преимущества той или иной стратегии. Однако, согласно мета-анализу (n=5239), стратегия «контроля ритма» с помощью антиаритмических препаратов уступает стратегии «контроля ЧЖС», т.к. ассоциируется с более высоким уровнем общей смертности и тромбоэмболических осложнений.

ЧЖС – частота желудочковых сокращений

Отбор пациентов с ФП для катетерных операций:

- совместное решение пациента и врача;
- помнить о том, что операция улучшает только качество жизни;
- симптомность приступов;
- не даются обещания об отмене антикоагулянтной терапии;
- возраст (<70 лет);
- пол;
- сопутствующие кардиальные и экстракардиальные заболевания.

Идеальный пациент для катетерных операций:

- пароксизмальная форма с неэффективной ААТ или без ААТ;
- средний работоспособный возраст;
- без выраженного коморбидного фона;

- эмоционально позитивный;
- без увеличения левого предсердия;
- без выраженной митральной регургитации;
- потенциально комплаентный к последующему лечению.

К методикам лечения ФП относятся фулгурация пучка Гиса, процедура MAZE III, катетерная РЧА, широкая циркуляция РЧА устьев ЛВ с использованием 3D-навигации, криоабляция устьев ЛВ, лазерная абляция, эпикардальное и эндокардальное картирование, картирование высокой плотности и др.

Будущее в лечении ФП:

- применение катетеров для РЧА с алмазным окончанием;
- электропорация;
- ACUTUS 3D неконтактное картирование.

Возможности катетерных методик в лечении персистирующей формы фибрилляции предсердий (Майков Евгений Борисович)

Исследование REAFIRM

Абляция «роторов» ЛП в сочетании с изоляцией ЛВ (72%) не имела преимуществ в эффективности перед контрольной группой, где проводилась только изоляция ЛВ (74%).

Результаты оптического картирования ФП в предсердии человека «ex vivo»

- «Драйвером» ФП может быть 1 или несколько микро re-entry преимущественно на задней стенке ЛП.
- «Драйвер» связан с зонами фиброза, как правило, интрамуральными.
- Использование оптического картирования (в эксперименте) в сочетании с аденозиновым тестом обеспечивает высокую точность визуализации и прерывания ФП точечной аблацией.

Эффективность PVI + PWI (изоляция ЛВ + изоляция задней стенки ЛП) с использованием криобаллона превосходит PVI у пациентов с персистирующей ФП.

Aryana A et al. Heart Rhythm. 2018 Aug;15(8):1121-1129

Pulsed Field Ablation – новая технология нетермической катетерной аблации.

Заключение

- Изоляция задней стенки ЛП (технология CRYO или PFA) – воздействие на субстрат (re-entry) ФП в сочетании с антральной изоляцией ЛВ – перспективный путь ↑ эффективности катетерных аблаций при персистирующей ФП.
- Необходимы РКИ с дизайном «PVI против PVI + PWI» у больных с персистирующей и длительно персистирующей ФП.
- Развитие технологий эндокардального картирования может обеспечить визуализацию внелегочных «драйверов» ФП и ↑ эффективность катетерных аблаций при персистирующей ФП.

**Как «поймать» пароксизм фибрилляции предсердий? Возможности имплантируемого петлевого регистратора Confirm Rx.
(Калемберг Андрей Анатольевич)**

В каких случаях имплантируется петлевой регистратор ЭКГ?

- Поиск причин синкопальных состояний (брадиаритмии, тахиаритмии)
- Поиск ФП у пациентов с криптогенными инсультами

Наиболее частые проблемы при использовании петлевого регистратора:

- ограниченная память устройства;
- несовершенство автоматических алгоритмов детекции патологической ЭКГ;
- низкая комплаентность пациентов к передаче данных в ручном режиме.

↓

Потеря клинических данных

Возможности имплантируемого кардиомонитора (ИКМ) Confirm Rx™

Петлевой регистратор Confirm Rx™ – транзитное хранилище данных.

- Запись, инициированная пациентом, не может быть утеряна.
- Запись, инициированная регистратором, может быть утеряна при инициировании >14 раз за сутки.

ИКМ Confirm Rx™ по сравнению с ИКМ Reveal LINQ:

- собирает > данных и передает их до ~20 раз быстрее;
- выявляет истинные аритмии быстрее.

Технология **SharpSense™** – детекция ФП основывается не только на алгоритме нерегулярного ритма, но и путем распознавания Р-волны, которая детектируется в течение 30 сек до триггера события.

Мобильное приложение **myMerlin™** обеспечивает связь с пациентом и способствует комплаентности.

Уверенное принятие решений с помощью ИКМ Confirm Rx™ с технологией SharpSense™

- 84 дня – медианное время обнаружения эпизода ФП у пациентов с криптогенным инсультом при использовании имплантируемого петлевого регистратора.
- 134 дня – медианное время диагностирования у пациентов с беспричинными обмороками при использовании имплантируемого петлевого регистратора.
- ИКМ Confirm Rx™ обеспечивает до 730 дней непрерывного мониторинга состояния сердца, предоставляя достаточно времени для диагностирования наиболее трудной для детекции аритмии.

Здоровье ротовой полости и фибрилляция предсердий (Бедненко Георгий Борисович)

Периодонтит рассматривается как независимый фактор риска развития и рецидивирования ФП.

Воспалительные заболевания периодонта ↑ риск развития кардиоэмболического и тромботического инсульта.

Sen S et al. Stroke. 2018 Feb;49(2):355-362

При удалении зубного камня минимум 1 раз в год в течение 3-х лет наблюдалась меньшая вероятность развития ФП (n=10 887).

Chen ZY et al. Am J Med. 2012 Jun;125(6):568-75

Зарегистрирована значимая ассоциация наличия апикального периодонтита с риском развития ССЗ.

Messing M et al. J Endod. 2019 Feb;45(2):104-110

Адекватная гигиена и контроль состояния полости рта крайне важны в профилактике и снижении риска ССЗ, в т.ч. ФП.

Состояние полости рта должно быть частью всесторонней оценки и характеристики ФП с интегрированным и целостным подходом к ведению пациентов.

Антикоагулянты и стоматология

- Среди национальных кардиологических и стоматологических сообществ существует всеобщий консенсус: антитромботическая терапия не должна прерываться для большинства стоматологических операций в связи с преобладанием риска тромбоэмболических событий над риском кровотечений.
- Необходимость изменения схемы антикоагулянтной терапии (прекращение приема препарата за 24-48 часов) актуальна для пациентов со сниженной функцией почек.
- В случае приема варфарина терапия не должна прерываться у пациентов с МНО $\leq 3,5$ без каких-либо других значимых факторов риска или сопутствующей патологии.
- Исследования показывают, что любая из применяемых схем лечения НОАК приводит к кровоточивости полости рта, однако наибольшую опасность представляет дабигатран, в особенности его комбинации с аспирином.
- Стоматологические процедуры должны выполняться как можно в более поздние сроки после последнего приема антитромботического препарата (оптимально – через 12 часов и позднее).

Сердце как антропологический и культурологический феномен (Хубулава Геннадий Григорьевич)

Сердце – середина, центр, corda (узел), сердечник механизма, сущность живого и движущегося.

Гиппократ и Аристотель предположили, что сердце бьётся, потому что «дух тоньше воздуха» пытается найти большее по размеру пространство, а также потому, что «кровь циркулирует по венам».

Значительный вклад в изучение физиологии в целом, анатомии и природы сердца в частности принадлежит Клавдию Галену, создавшему первую в истории физиологии теорию кровообращения.

Болонский врач и анатом Алессандро Акиллини в начале XVI века описал строение клапанов аорты и коронарных артерий сердца. Якопо Беренгарио да Карпи детально описал перикард, Андреас Везалий – сердечную систолу.

Итальянский врач и анатом Джованни Батиста Морганьи впервые описал порок сердца и открыл страницу патологической анатомии в истории медицины.

Английский физиолог Джон Сандерсон первым доказал, что сердечные сокращения можно провоцировать и контролировать с помощью внешнего электрического импульса.

Сэр Джеймс Блэк первым использовал адреналин в лечении ССЗ.

Изобретение аппарата искусственного кровообращения, сделанное Джоном Гиббоном, позволяет проводить сложные операции на открытом сердце. В СССР разработкой АИК занимались Куприянов П.А. и Балюзек Ф.В.

Одна из последних технических разработок в кардиохирургии – «искусственное сердце», идея которого впервые предложена Демиховым В.П.