



Практическая аритмология: от первичного приема до хирургического лечения. Диалоги в ординаторской

На сегодняшний день лечение фибрилляции предсердий является важной междисциплинарной медицинской задачей в связи с широкой распространенностью среди населения и высоким риском развития жизнеугрожающих осложнений. Лечение пациентов с фибрилляцией предсердий предполагает использование фармакологических и хирургических методов.

На симпозиуме, состоявшемся в рамках Российского национального конгресса кардиологов 30 сентября 2022 г. в Казани, ведущие эксперты в области кардиологии обсудили основные междисциплинарные подходы к ведению пациентов с фибрилляцией предсердий, рассмотрели эффективность и безопасность современных фармакологических и хирургических методов лечения.

Часть I. Идеальный пациент с фибрилляцией предсердий

Идеальный пациент с фибрилляцией предсердий для антиаритмической терапии. Позиция практикующего аритмолога

Заведующий отделением сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, д.м.н. Алексей Владимирович ТАРАСОВ рассмотрел вопросы антиаритмической терапии пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) с точки зрения терапевта-аритмолога. Он подчеркнул, что ФП – комплексная патология, в основе которой лежат несколько патогенетических механизмов, прежде всего эктопический, микро- и макрориентри (механизм re-entry, повторный вход импульса), триггерная активация.

Выделяют пять форм ФП с учетом течения и длительности аритмии: впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительная персистирующая и перманентная. Важно понимать, что выбор терапии напрямую зависит

от формы ФП. Так, пароксизмальная форма ФП в большинстве случаев характеризуется самопроизвольным восстановлением синусового ритма в течение 48 часов. Некоторые пароксизмы могут продолжаться до семи дней. К пароксизмальной ФП относят эпизоды аритмии, устраненные с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии в первые семь суток после ее возникновения. В отличие от пароксизмальной персистирующая ФП не проходит самостоятельно и может продолжаться более семи дней. В этом случае необходимо применение лекарственной или электрической кардиоверсии.

В последние годы сформировались следующие направления стратегии лечения пациентов с ФП:

- профилактика тромбэмболических осложнений (антикоагулянтная терапия);
- облегчение симптомов;
- оптимальное лечение основного сердечно-сосудистого заболевания;
- контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС);
- контроль ритма сердца.

Под любой аритмией скрывается определенная проблема, поэтому задачей врача является не только назначение антиаритмического препарата, но и поиск причин и воздействие на триггеры аритмии. Для пациентов с ФП неотъемлемой частью лечения являются восстановление и поддержание синусового ритма. Данные последних исследований свидетельствуют о том, что контроль ритма снижает риск смерти от сердечно-сосудистых причин, инсульта или госпитализации с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) или острым коронарным синдромом (ОКС)¹. Стратегия лечения ФП направлена на восстановление и поддержание синусового ритма и зависит от характера аритмии, степени выраженности клинических проявлений, наличия сопутствующих заболеваний и органического поражения сердца. Согласно российским рекомендациям по диагностике и лечению ФП Минздрава России 2020 г., пациентам с ФП, у которых на фоне адекватной терапии контроля ЧСС сохраняются клинические симптомы, показана стратегия контроля ритма².

¹ Kirchhof P., Camm A.J., Goette A., et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. N. Engl. J. Med. 2020; 383 (14): 1305–1316.

² Клинические рекомендации «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий» Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции и Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России. 2020.

Следует отметить, что стратегию контроля ритма не применяют у бессимптомных пациентов, при условии если аритмия не влияет на гемодинамику и переносимость физических нагрузок.

Алгоритм действий для восстановления ритма зависит от формы ФП. При пароксизмальной форме ФП (пароксизм менее 48 часов) и наличии нестабильной гемодинамики или неэффективности медикаментозной кардиоверсии больным показана электрическая кардиоверсия. При стабильной гемодинамике можно применить фармакологические методы. У пациентов с пароксизмальной формой ФП и органическими заболеваниями сердца используют амиодарон внутривенно (в/в), без органической патологии сердца – пропafenон в/в или таблетированный, прокаинамид в/в.

В свою очередь алгоритм купирования пароксизма при персистирующей форме ФП (пароксизм более семи суток) включает в случае нестабильной гемодинамики электрическую кардиоверсию, при стабильной гемодинамике и отсутствии органического заболевания сердца – препарат ниферидил в/в. В отличие от пароксизмальной формы амиодарон при персистирующих формах ФП демонстрирует эффективность всего в 20% случаев. Кроме того, амиодарон – препарат с медленным наступлением терапевтического эффекта и в основном используется при желудочковых нарушениях ритма. А.В. Тарасов отметил, что после восстановления синусового ритма важно удержать его путем назначения антиаритмических препаратов. Последние рекомендации, утвержденные Минздравом России в 2020 г., содержат четкий алгоритм лечения пациентов с ФП

с органической патологией и без нее. К органической патологии в этом случае относят перенесенный инфаркт миокарда, выраженную гипертрофию левого желудочка, низкую фракцию выброса левого желудочка, выраженные клапанные патологии. При наличии органической патологии пациентам с ФП показаны соталол, амиодарон или катетерная абляция. При этом следует учитывать, что соталол не назначают при низкой фракции выброса, а амиодарон должен быть последним препаратом выбора из-за высокого риска экстракардиальных осложнений. В отсутствие органической патологии для стратегии «ритм – контроль» используют пропафенон, Этацизин, лапаконитина гидробромид, соталол³.

Итак, сегодня в России при ФП применяют противорецидивные препараты, такие как Этацизин, пропафенон, лапаконитина гидробромид (представители IC класса), соталол и амиодарон (антиаритмики III класса). Кроме того, антиаритмические препараты комбинируют с бета-адреноблокаторами или антагонистом кальция верапамилом. Получается, что для реализации стратегии «ритм – контроль» применяют пять антиаритмических препаратов: препараты, блокирующие натриевые каналы (пропафенон, Этацизин, лапаконитина гидробромид), и препараты, блокирующие калиевые каналы (соталол и амиодарон).

Докладчик напомнил о механизмах аритмогенеза и особенностях эффектов, оказываемых антиаритмическими препаратами на потенциал действия кардиомиоцита. При пароксизмальной форме ФП преобладают нарушения автоматизма, появление новых пато-

логических очагов эктопической активности. Поэтому антиаритмическими препаратами выбора считаются блокаторы натриевых каналов, которые влияют на деполяризацию. Основным механизмом формирования персистирующей формы ФП является триггерная активация, которая формируется в фазу реполяризации, в основе которой лежит ранняя или поздняя постдеполяризация. Как известно, ионы калия влияют на реполяризацию, поэтому при персистирующей форме ФП целесообразно применять препараты из группы блокаторов калиевых каналов⁴.

Препараты IC класса различаются между собой влиянием на бета-адренорецепторы. Так, пропафенон имеет доказанный бета-адреноблокирующий эффект, лапаконитина гидробромид – бета-адреностимулирующий эффект⁵.

Этацизин – антиаритмический препарат IC класса, не воздействующий на бета-адренорецепторы. Основным механизмом действия Этацизина является выраженная блокада натриевых каналов. Главная мишень Этацизина – каналы, которые отвечают за быстрый ток задержанного натрия и не влияют на процессы реполяризации. Кроме того, Этацизин оказывает умеренное кальций-блокирующее действие, имеет доказанный холиноблокирующий эффект, не влияет на ЧСС, уровень артериального давления и интервал QT.

Этацизин показан в качестве противорецидивной терапии при ФП, пароксизме ФП на фоне синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта, желудочковой экстрасистолии. В заключение А.В. Тарасов подчеркнул, что выбор метода лечения ФП требует многостороннего

³ Клинические рекомендации Минздрава России «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий». М., 2020.

⁴ Gaztañaga L., Marchlinski F.E., Betensky B.P. Mechanisms of cardiac arrhythmias. Rev. Esp. Cardiol. 2012; 65 (2): 174–185.

⁵ Dan G.-A., Martinez-Rubio A., Agewall S., et al. Antiarrhythmic drugs-clinical use and clinical decision making: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Cardiovascular Pharmacology, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) and International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP). Europace. 2018; 20 (5): 731–732.



подхода с учетом этиологии механизма патогенеза аритмии.

Идеальный пациент с фибрилляцией предсердий для хирургического лечения. Позиция практикующего кардиохирурга

Дискуссию о выборе метода терапии ФП с точки зрения кардиохирурга продолжил руководитель отдела нарушений сердечного ритма и проводимости Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, д.м.н., профессор Карапет Владимирович ДАВТЯН. Он отметил, что ФП – важная междисциплинарная медицинская и социально значимая проблема. Наличие у пациента ФП значительно повышает риск развития серьезных осложнений, таких как инсульт и сердечная недостаточность. Распространенность ФП постоянно увеличивается⁶.

К основным методам лечения ФП относят применение антиаритмических препаратов, катетерную абляцию, электрокардиостимуляцию (ЭКС). Выбор метода лечения ФП в каждом конкретном случае зависит от ряда факторов, в частности показателей эффективности, безопасности, стоимости, возможных побочных эффектов терапии.

На сегодняшний день опубликованы данные клинических исследований эффективности различных методов лечения ФП. В клиническом исследовании CABANA у пациентов с ФП сравнивали эффективность терапии с помощью катетерной абляции и антиаритмических лекарственных препаратов. В исследовании участвовали 2204 пациента из 129 больниц из десяти стран, включая Россию⁷. Установлено преимущество катетерной абляции перед антиаритмической терапией в снижении

смертности от всех причин, улучшении качества жизни пациентов с ФП.

В клиническом исследовании EAST-AFNET все пациенты с ФП были рандомизированы на группы раннего «ритма – контроля» (антиаритмическая терапия или катетерная абляция) и стандартной симптоматической терапии. В ходе исследования показано, что в группе раннего контроля ритма с использованием антиаритмических препаратов или катетерной абляции наблюдался более низкий риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов (сердечно-сосудистая смерть, инсульт, госпитализация по поводу ХСН или ОКС) по сравнению со стандартной терапией¹.

Результаты исследования CASTLE-AF убедительно продемонстрировали, что катетерная абляция у пациентов с ФП снижает смертность и частоту госпитализаций в связи с прогрессированием ХСН⁸.

Таким образом, катетерную абляцию применяют для профилактики рецидивов и улучшения симптомов у пациентов с ФП. Как определить идеального пациента с ФП для проведения катетерной абляции? Прежде всего необходимо понимать электрофизиологические механизмы возникновения ФП. Как известно, первостепенную роль в развитии и поддержании аритмий играют легочные вены. В 85% случаев очаг эктопии локализуется в муфтах легочных вен. По словам профессора К.В. Давтяна, определить эктопический характер ФП можно с помощью электрокардиографии (ЭКГ) и ЭКГ-мониторирования по Холтеру. Частая (ранняя) левопредсердная экстрасистолия, выявленная при ЭКГ, а также подъемы и снижение ритма (предсердная тахикардия) в течение

суток на холтер-мониторе свидетельствуют об эктопическом характере ФП и соответственно о целесообразности проведения катетерного лечения. Кроме того, при решении вопроса о катетерной абляции устьев легочных вен следует учитывать аритмологический анамнез пациента с ФП. В процессе сбора такого анамнеза определяют частоту и условия возникновения аритмии, длительность приступов и возможность спонтанного купирования. При индексе массы тела (ИМТ) пациента свыше 35 кг/м² необходимо выяснить скорость набора массы тела и связь с началом ФП. Следует учитывать, что возникновение аритмии может быть связано с повышением уровня артериального давления, приемом пищи, алкоголя, нагрузкой, нарушением работы желудочно-кишечного тракта. Подбор пациентов с показаниями для проведения катетерной абляции осуществляется на основании:

- ✓ аритмологического анамнеза;
- ✓ ЭКГ в 12 отведениях во время аритмии и на синусовом ритме;
- ✓ холтеровского мониторирования ЭКГ;
- ✓ эхокардиографии (ЭхоКГ) (линейный размер левого предсердия не более 5 см, отсутствие сопутствующей органической патологии сердца);
- ✓ нормального уровня гормонов щитовидной железы;
- ✓ отсутствия клинически значимой ишемической болезни сердца (ИБС);
- ✓ определения необходимости проведения чреспищеводной эхокардиографии (оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHADS₂VASc).

Выбор вариантов лечения ФП в каждом конкретном случае основывается на объективных меди-

⁶ Krijthe B.P., Kunst A., Benjamin E.J., et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. Eur. Heart J. 2013; 34 (35): 2746–2751.

⁷ Packer D.L., Piccini J.P., Monahan K.H., et al. Ablation versus drug therapy for atrial fibrillation in heart failure: results from the CABANA trial. Circulation. 2021; 143 (14): 1377–1390.

⁸ Marrouche N.F., Brachmann J., Andresen D., et al. Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure. N. Engl. J. Med. 2018; 378: 417–427.

цинских данных с учетом мнения пациента. К основным характеристикам идеального пациента для катетерного лечения ФП относят частую предсердную экстрасистолию, отсутствие расширенного левого предсердия, непрерывно рецидивирующие приступы ФП, желание пациента использовать шанс радикального излечения, отсутствие сопутствующей патологии.

Целями катетерной аблации являются изоляция триггеров в легочных венах, уменьшение критической массы, повреждения эпикардиальных ганглиев и роторов в очагах. Основная задача – создать трансмуральность и циркулярность. К сожалению, у ряда пациентов с ФП не удается добиться трансмуральной изоляции. Речь, в частности, идет о лицах с высокими показателями ИМТ или наличием невеннозозависимой ФП. В этих случаях могут потребоваться повторные вмешательства. На сегодняшний день ведутся разработка и улучшение хирургических методов лечения ФП. По сравнению с радиочастотной аблацией (РЧА) (метод «точка за точкой») современная криобаллонная технология изолирования устьев легочных вен характеризуется высокой эффективностью. При использовании этого метода эффективность достигает 90%, количество послеоперационных аритмий существенно ниже. В настоящее время доля подобных вмешательств значительно выросла.

В метаанализе 22 исследований оценивали эффективность радиочастотной и криобаллонной катетерной аблации при ФП. Первичной конечной точкой служило отсутствие предсердных тахикардий в течение 12 часов. Показана сопоставимая эффективность данных методов⁹.

Тем не менее данные реальной клинической практики свидетельствуют о значительных преимуществах криобаллонной аблации при ФП, особенно в отношении снижения необходимости повторных вмешательств и риска развития осложнений.

Перспективным направлением оценки эффективности и безопасности хирургического вмешательства при ФП является использование имплантируемого подкожного кардиомонитора ЭКГ в послеоперационном периоде. Данный метод обеспечивает мониторинг сердечного ритма до 1,5–3 лет, верификацию асимптомной аритмии, классификацию аритмических событий, предоставление отчетной ЭКГ регистрируемых событий.

Завершая первую часть дискуссии, профессор К.В. Давтян отметил, что аблация устьев легочных вен является современным и эффективным методом лечения ФП. Успех лечения ФП прежде всего зависит от применения современных технологий и правильного отбора пациентов для оперативного лечения.

Часть II. Что делать, если выбранная стратегия потерпела фиаско?

Позиция терапевта-аритмолога

Открывая вторую часть симпозиума, посвященную поиску оптимального подхода к лечению ФП при неэффективности предшествующей терапии, А.В. Тарасов акцентировал внимание на сравнительных данных эффективности антиаритмической терапии и РЧА у больных с ФП. Он отметил большой вклад результатов исследования SAVANA в изучение эффективности различных методов терапии ФП⁷. В исследовании участвовали 2204 больных с пароксизмальной и персистиру-

ющей ФП. Из них 1108 пациентов были рандомизированы для РЧА, 1096 – для антиаритмической лекарственной терапии. Исследование наглядно продемонстрировало критерии отбора для различных методов лечения ФП. Так, катетерный метод лечения показан молодым пациентам с пароксизмальной формой ФП. У пациентов в возрасте старше 75 лет снижается эффективность катетерного лечения и повышаются риски развития побочных эффектов процедуры. При анализе смертности или госпитализации по сердечно-сосудистым причинам у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП зафиксировано преимущество катетерной аблации. Однако данные клинической практики показывают, что не все так однозначно. В частности, у пациентов с длительно персистирующей ФП перед катетерным лечением целесообразно выполнять медикаментозное восстановление синусового ритма для стабилизации левого предсердия.

Особого подхода требуют пациенты с ФП, страдающие ХСН. Согласно руководству Европейского общества кардиологов (ESC) по диагностике и лечению острой и ХСН 2021 г., стратегия лечения пациентов с ХСН на первом этапе включает антикоагулянтную терапию, влияние на триггеры ХСН, оптимальную базовую терапию ХСН. При нестабильной гемодинамике используют стратегию «ритм – контроль»: РЧА (класс доказательности IIa), амиодарон (IIb)¹⁰.

По мнению экспертов Американской кардиологической ассоциации (АНА), катетерная аблация при ФП у пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса показана

⁹ Cardoso R., Mendirichaga R., Fernandes G., et al. Cryoballoon versus radiofrequency catheter ablation in atrial fibrillation: a meta-analysis. J. Cardiovasc. Electrophysiol. 2016; 27 (10): 1151–1159.

¹⁰ McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., et al. 2021 ESC 2021 for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur. Heart J. 2021; 42 (36): 3599–3726.



ла преимущество в улучшении выживаемости, качества жизни и функции желудочков, а также сокращении случаев госпитализации по сравнению с антиаритмическими препаратами и терапией, контролирующей ЧСС. Эксперты выделили критерии выбора пациентов для проведения РЧА: кардиомиопатия за счет тахисистолии ФП, сердечная недостаточность по NYHA (класс I–II), отсутствие выраженного фиброза левого желудочка, пароксизмальная / недолго персистирующая ФП, молодой возраст, отсутствие значимой коморбидности¹¹.

Как отметил А.В. Тарасов, одним из основных этиологических факторов, приводящих к ФП, является гипертоническая болезнь. У большинства пациентов с пароксизмальной, непрерывно рецидивирующей формой ФП без органической патологии выявляется артериальная гипертензия, которая вызывает гемодинамические изменения, структурное и электрофизиологическое ремоделирование миокарда. Риск развития ФП у пациентов с артериальной гипертензией значительно увеличивается при наличии гипертрофии левого желудочка.

В последние годы в рекомендациях по лечению гипертрофической кардиомиопатии не произошло изменений в отношении ФП. Пациентам рекомендованы антикоагулянтная терапия и купирование ФП с помощью амиодарона, электроимпульсной терапии. В целях профилактики ФП используют амиодарон и катетерное лечение¹².

В метаанализе исследований эффективности катетерного лечения у пациентов с гипертрофией левого желудочка показано, что как после первой, так и после второй РЧА эффективность гораздо ниже у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией и толщиной стенки левого желудочка более 1,4 см¹³.

Еще в 2001 г. американские и европейские эксперты предложили толщину стенки левого желудочка более 1,4 см в качестве точки отсечения для оценки степени тяжести гипертрофии левого желудочка. В новом консенсусном документе международных профессиональных сообществ (EHRA, ESC, HRS и др.) по антиаритмическим препаратам, опубликованном в 2018 г., сказано, что, согласно результатам исследований, показатели смертности у пациентов с персистирующей ФП и гипертрофией левого желудочка, принимающих антиаритмики IC класса и III класса, не выше, чем у пациентов, получающих амиодарон. Рандомизированных клинических исследований по этому вопросу пока нет⁵.

Возвращаясь к результатам исследования SABANA, докладчик акцентировал внимание на проблеме неэффективности разных видов лечения ФП в группах пациентов. Данные исследований свидетельствуют о влиянии ИМТ пациента на эффективность методов лечения ФП. По данным исследования SABANA, у пациентов с ИМТ < 30 кг/м² эффективнее РЧА, у больных с ожирением

(ИМТ ≥ 30 кг/м²) – антиаритмическая терапия¹⁴.

В исследовании LEGACY доказана патогенетическая связь развития ФП и ожирения. Установлено, что ожирение ассоциируется с высоким риском возникновения и прогрессирования ФП. При снижении массы тела у пациентов с ФП уменьшаются продолжительность и выраженность симптомов ФП, риск рецидива. Эффективность антиаритмической терапии или катетерной абляции значительно повышается при снижении массы тела более чем на 10% от исходного значения¹⁵.

В заключение А.В. Тарасов подчеркнул, что во избежание неэффективности выбранного лечения ФП нужно придерживаться основных принципов терапии нарушений ритма: терапия основного заболевания, определение эффективной стратегии лечения аритмии, оценка безопасности выбранной стратегии и снижение вероятности межлекарственного взаимодействия.

Позиция кардиохирурга

По словам профессора К.В. Давтяна, показателем неэффективности терапии ФП является развитие рецидивов. Несмотря на усовершенствование технологий абляции, процент рецидивов после хирургического лечения ФП остается достаточно высоким. На сегодняшний день в арсенале кардиохирургов имеется метод высокопоточного картирования, позволяющий усовершенствовать выявление и интерпретацию субстрата аритмии.

¹¹ Gopinathannair R., Chen L.Y., Chung M.K., et al. Managing atrial fibrillation in patients with heart failure and reduced ejection fraction: a scientific statement from the American Heart Association. *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2021; 14 (6): NAEO0000000000000078.

¹² Elliott P.M., Anastasakis A., Borger M.A., et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2014; 35 (39): 2733–2779.

¹³ Rahimi K., Otto C.M. Heartbeat: Is atrial fibrillation ablation effective in patients with hypertrophic cardiomyopathy? *Heart.* 2016; 102 (19): 1511–1512.

¹⁴ Packer D.L., Mark D.B., Robb R.A., et al. 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.* 2019; 321 (13): 1261–1274.

¹⁵ Pathak R.K., Middeldorp M.E., Meredith M., et al. Long-term effect of goal-directed weight management in an atrial fibrillation cohort: a long-term follow-up study (LEGACY). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2015; 65 (20): 2159–2169.

ЭТАЦИЗИН®

ДЛЯ СИЛЬНОГО
И ХРУПКОГО СЕРДЦА¹



Блокирует Na и Ca каналы¹



Не влияет на ЧСС и АД¹



Подавляет повышенную активность блуждающего нерва^{1,2}



Может применяться длительно^{3,4}

Реклама

1. ИМП Этацизин® от 20.12.2021. 2. Попова, Е. П. Электрофизиологические эффекты и антиаритмическое действие препаратов i класса этмозина и Этацизина в условиях активации парасимпатической нервной системы / Е. П. Попова, В. В. Лысковцев, Н. В. Каверина // Вестник аритмологии. – 2005. – № 37. – С. 57–61. 3. Недоступ, А.В. Этацизин®: место в лечении аритмий / А.В. Недоступ, О.В. Благова // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – № 4. – С. 62–68. 4. Шугушев, Х.Х. Длительное применение Этацизина в амбулаторных условиях у больных с желудочковыми нарушениями ритма / Х.Х. Шугушев // Бюл. ВКНЦ АМН СССР. – 1986. – № 2. – С. 16–20

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников.

СОЗДАНО OLAINFARM
ПРОИЗВЕДЕНО В ЛАТВИИ

125212, г. Москва,
Головинское шоссе, д. 5, корп. 1, эт. 2, пом. 2137А
Тел./факс: +7 499 551 51 10
olainfarmrus@olainfarm.com, ru.olainfarm.com

RUETA1642 от 20.10.2022

Присоединяйтесь
к Академии кардиолога





Высокоплотное картирование повышает точность диагностики и эффективность РЧА. С помощью этого метода определяют источники рецидива ФП после первичной катетерной аблации устьев легочных вен, такие как возвратная активность в легочных венах, внелегочные эктопические очаги, ятрогенный аритмогенный субстрат.

Докладчик продемонстрировал ряд клинических случаев, характеризующих особенности определения и купирования источников рецидива ФП.

У пациента 52 лет с пароксизмальной ФП была выполнена криобаллонная аблация устьев легочных вен. Через две недели наступил рецидив приступов аритмии. Проведена повторная процедура РЧА ФП. С помощью высокоплотного картирования выявлен источник рецидива ФП – возвратная активность легочных вен. Из этого следовало, что первичный источник аритмии не был изолирован. После повторной аблации устьев легочных вен у пациента наблюдался синусовый ритм.

Пациентка 63 лет с персистентной ФП после операции «Лабиринт». Рецидив приступов ФП через три года после вмешательства. По данным обследования, источником рецидива ФП стал ятрогенный аритмогенный субстрат. Между рубцами в левом предсердии сформировалась зона замедленного проведения. Проведена повторная РЧА для купирования ФП.

У пациентки 61 года с диагнозом ФП через 2,5 года после криобаллонной аблации развился рецидив аритмии. В данном случае можно предположить наличие идиопатического фактора, который в свое время вызвал ФП из легочных вен, а в течение 2,5 года способствовал формированию нового источника аритмии – внелегочных эктопических очагов. Пациентке показаны фармакотерапия и дальнейшее обследование с целью поиска источника аритмии.

Пациент 72 лет с пароксизмальной ФП. После криобаллонной аблации отмечался рецидив приступов аритмии в течение месяца. Методом высокоплотного картирования выявлено наличие второго источника аритмии – внелегочного эктопического очага. Больному успешно проведены катетерное точечное лечение и купирование ФП.

По мнению профессора К.В. Давтяна, интерес вызывает клинический случай пациентки 73 лет с пароксизмальной ФП. Ей была выполнена РЧА (антральная изоляция устьев легочных вен) в 2008 г. Ремиссия продолжалась 13 лет. Рецидив приступов тахисистолической ФП случился в 2021 г. В 2019 г. пациентка переболела COVID-19. Методом высокоплотного картирования определены причины рецидива ФП: наличие возвратной активности в легочных венах и ятрогенный аритмогенный субстрат. Сделан вывод, что причиной формирования источника рецидива и повреждения миокарда послужила перенесенная инфекция COVID-19. Пациентке показана фармакотерапия с решением вопроса о выборе стратегии «ритм – контроль» или «частота – контроль».

Докладчик напомнил слушателям о других методах хирургического лечения ФП. Торакоскопическая эпикардальная аблация рекомендована пациентам с рецидивом аритмии после применения катетерных технологий. Этот метод применяют в отсутствие сопутствующей кардиальной патологии, требующей хирургической коррекции, у больных в возрасте 40–70 лет с пароксизмальной/персистирующей симптомной ФП, а также при неэффективной одной и более эндоваскулярной процедуре лечения ФП.

При неэффективности перечисленных методов лечения ФП применяют стратегию контроля частоты сокращений желудочков («частота – контроль») с помощью имплантации двухкамерного ЭКС

при синдроме тахи-бради, однокамерного – при наличии брадиформы ФП. Кроме того, при ФП может быть применена имплантация бивентрикулярного стимулятора в отсутствие фармакологического контроля тахисистолии и необходимости увеличения объема хронотропных препаратов. Крайними мерами при сохранении ФП являются РЧА атриовентрикулярного узла и нефармакологическая профилактика тромбоемболических осложнений.

Профессор К.В. Давтян констатировал, что появление инновационных медицинских технологий в последние годы позволяет эффективно использовать современные хирургические методы в лечении ФП. Важно помнить, что тактика ведения пациента с ФП напрямую зависит от его индивидуальных особенностей и механизма патогенеза аритмии.

Заключение

Подводя итог, эксперты пришли к выводу, что при выборе стратегии лечения ФП необходимо учитывать форму ФП, наличие сопутствующих заболеваний сердца. Цель лечения ФП – восстановление и контроль синусового ритма для обеспечения стабильной гемодинамики и облегчения симптомов, снижение риска осложнений и повышение качества жизни пациентов. На сегодняшний день эффективными методами терапии ФП по праву считаются методы катетерной аблации и антиаритмической терапии. Согласно современным клиническим рекомендациям, пациентам с ФП без органической патологии сердца в качестве антиаритмических средств первого ряда рекомендованы препараты IC класса, в частности Этацизин. Препарат Этацизин предназначен для лечения рецидивирующей пароксизмальной и персистирующей ФП, желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии. ☺