

Резолюція Ради експертів – спільного засідання Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України та Правління Асоціації аритмологів України «Мистецтво прийняття обґрунтованих рішень» у 2017 році

Склад Ради експертів: проф. О.С. Сичов (Київ) (координатор), чл.-кор. проф. О.М. Пархоменко (Київ), проф. С.О. Андрієвська (Одеса), проф. Л.Г. Воронков (Київ), проф. М.В. Гребеник (Тернопіль), проф. М.М. Долженко (Київ), проф. В.Ю. Жарінова (Київ), проф. Ю.І. Карпенко (Одеса), проф. І.П. Катеренчук (Полтава), проф. О.А. Коваль (Дніпро), проф. Т.В. Колесник (Дніпро), проф. Н.М. Середюк (Івано-Франківськ), проф. М.І. Швед (Тернопіль), д-р мед. наук О.І. Іркін (Київ), д-р мед. наук Д.М. Себов (Одеса), д-р мед. наук О.О. Ханюков (Дніпро), канд. біол. наук Л.Л. Вавілова (Київ), канд. мед. наук Б.І. Голобородько (Одеса), канд. мед. наук Б.Б. Кравчук (Київ), канд. мед. наук О.З. Парацій (Київ), канд. мед. наук О.М. Романова (Київ), канд. мед. наук В.І. Казмірук (Черкаси), І.П. Батог (Чернігів), І.П. Біскуп (Луцьк), В.В. Васильківський (Хмельницький), Л.Л. Верещук (Рівне), Н.М. Вівчар (Тернопіль), П.Й. Вівчар (Тернопіль), Ю.В. Волошко (Чернігів), С.В. Журба (Черкаси), В.П. Залевський (Київ), О.В. Ільчишина (Житомир), О.В. Качан (Рівне), Ю.М. Козаков (Полтава), А.М. Костенко (Хмельницький), зав. лаб. С.В. Лизогуб (Київ), Л.М. Матюк (Тернопіль), В.С. Підлісна (Рівне), Р.В. Петровський (Івано-Франківськ), С.Г. Подлужний (Запоріжжя), Л.Г. Пумпінець (Запоріжжя), С.Д. Соломатін (Луцьк), Г.М. Сухомлин (Кропивницький), Л.В. Шелест (Сєверодонецьк), І.Ф. Шумейко (Полтава)

26–27 жовтня 2017 року в м.Одеса відбулася VI Рада експертів з питань аритмології «Мистецтво прийняття обґрунтованих рішень», яка проходила у вигляді спільного засідання Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України та Правління Асоціації аритмологів України.

На засіданнях експертної ради в ході доповідей модераторів, виступів членів експертних груп і учасників ради були розглянуті питання клінічної аритмології та електрофізіології, обговорені проблеми діагностики, лікування та попередження ускладнень порушень ритму серця. Підсумком експертної ради стали **доповнення до національних рекомендацій і протоколів, які викладені у вигляді резолюцій з поставлених проблем.**

Оптимізація антикоагулянтної терапії пацієнтів із ФП

1. Питання належного використання «старих» (АВК) та нових (НОАК) стандартів антикоагу-

лянтної терапії в Україні та у світі (на прикладі реальної клінічної практики використання ривароксабану).

2. Практичні аспекти застосування ривароксабану у пацієнтів з ФП, яким проводиться ЧКВ.

Резолюція

1) Відсоток часу знаходження пацієнта на АВК в терапевтичному діапазоні МНВ 2,0–3,0 повинен бути як можливо вище, як мінімум > 70 %.

2) Кожен пацієнт, що приймає АВК, може бути в зоні високого ризику неадекватної антикоагуляції.

3) Реальна практика підтверджує переваги ривароксабану над варфарином у відношенні ефективності та профілю безпеки як в первинній, так і во вторинній профілактиці інсульту, а також ризику смерті при неклапанній фібриляції передсердь.

Рутинні заходи щодо поліпшення результативності антикоагулянтної терапії (1)	Клас	Рівень
Необхідно активно виявляти пацієнтів , які не перебувають у цільовому діапазоні МНВ при прийомі АВК	I	A
Оцінку МНВ на початку терапії АВК необхідно здійснювати на третю добу один раз на 3 дні амбулаторно та щоденно в стаціонарі А після досягнення терапевтичного значення МНВ (тобто отримання двох послідовних результатів МНВ в межах терапевтичного діапазону) – щомісяця	I	A
Час в терапевтичному діапазоні МНВ (TTR) необхідно рахувати на кожному візиті пацієнта (з урахуванням регулярності вимірювань МНВ): • Використовувати валідовані методи вимірювання (напр. Метод Rosendaal) для комп'ютеризованого підрахунку • % значень в терапевтичному діапазоні при ручному підрахунку • Виключати показники за перші 6 тижнів застосування АВК • Враховувати дані щонайменше за 6 місяців • Рекомендувати контроль МНВ в лабораторіях, які забезпечують автоматизований підрахунок TTR	IIa	B
Рутинні заходи щодо поліпшення (2) результативності антикоагулянтної терапії	Клас	Рівень
Терапія АВК не рекомендована при поганому контролі МНВ, ознаками цього є: • 2 або більше результатів МНВ вище 5 за останні 6 місяців • 1 результат МНВ вище 8 за останні 6 місяців • 2 результати МНВ менше 1,5 за останні 6 місяців • утримання МНВ в терапевтичному діапазоні (2,0–3,0) < 70 % часу	III	B
Якщо у пацієнтів з ФП виявлено ознаки поганого контролю МНВ або неможливо регулярно проводити контроль МНВ, необхідно перевести пацієнта на один з НОАК (ривароксабан, дабігатран, апіксабан)	I	B
У пацієнтів з ФП антиагрегантна монотерапія як альтернатива НОАК не рекомендується	III	B
У випадках, коли пацієнт не може відмовляється приймати антикоагулянти, можливо розглянути призначення комбінації ацетилсаліцилової кислоти і клопідогрелю	IIb	C

5) Щодо профілю безпеки і практичного застосування, у хворих з фібриляцією передсердь схема із застосуванням ривароксабану в дозі 15 мг один раз на добу разом із клопідогрелем є оптимальною у пацієнтів, що перенесли ЧКВ, без інсульту чи ТІА в анамнезі.

6) Пацієнтам цієї групи із порушенням функції нирок (кліренс креатиніну 15–50 мл/хв) потрібно рекомендувати застосування редукованої дози ривароксабану 10 мг один раз на добу в комбінації з одним антитромбоцитарним препаратом.

Місце апіксабану в стандартах лікування пацієнтів з НФП для профілактики інсульту

1. Апіксабан від клінічних досліджень до реальної клінічної практики.
2. Апіксабан у вторинній профілактиці ішемічного інсульту та ТІА у хворих з НФП.
3. Апіксабан при кардіоверсії: доказові дані.

Резолюція

1. Згідно із субаналізом дослідження ARISTOTLE апіксабан у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та інсультом або ТІА в анамнезі асоціюється з нижчим ризиком виникнення інсульту чи системної емболії та з кращим профілем безпеки порівняно з варфарином, що свідчить про високу доцільність використання апіксабану у цієї категорії пацієнтів.

2. Первинні результати аналізів ретроспективних баз практичних даних апіксабану, також як і РКД, показують, що в клінічній практиці прийом апіксабану пов'язаний із значно меншим ризиком інсульту / системної емболії та масивних кровотеч порівняно з варфарином.

3. Пацієнти з неклапанною фібриляцією передсердь потребують продовження лікування апіксабаном під час проведення процедури кардіоверсії та після неї.

Переваги НОАК над АВК: значення досліджень RE-CIRCUIT/RE-DUAL

Безпека дабігатрану у пацієнтів з ФП та ЧКВ. Результати дослідження RE-DUAL PCI.

Реальна клінічна практика – фокус на безпеку. Коли необхідний антидот пацієнтам з ФП?

Резолюція

1. Згідно з даними досліджень реальної клінічної практики дабігатран має сприятливий профіль безпеки, що надає йому перевагу над варфарином у пацієнтів з ФП з метою попередження інсульту.

2. Для пацієнтів з ФП після проведення процедури ЧКВ є доцільним застосування подвійної антитромботичної терапії: дабігатран + клопідогрель, що було доведено у дослідженні RE-DUAL PCI. Ця комбінація є комбінацією вибору у хворих з попередніми цереброваскулярними подіями.

3. Існує необхідність прийняття національних рекомендацій щодо зупинки дії антикоагулянтів у випадку ургентних хірургічних втручань або кровотеч. На цей момент в Україні зареєстрований та доступний специфічний препарат ідаруцизумаб для зупинки дії дабігатрану.

Тактика ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь на амбулаторному етапі на фоні терапії аміодароном

1. Тривалість антиаритмічної терапії в різних клінічних ситуаціях?
2. Умови для відміни терапії?
3. Хто ухвалює рішення про відміну терапії (кардіолог поліклініки / сімейний лікар)?
4. Процедура спостереження за пацієнтом після відміни терапії (частота візитів пацієнтів до лікаря, обсяг досліджень)?

Резолюція

1. При наявності органічного ураження серця та повторюваних рецидивів фібриляції передсердь, з метою утримання синусового ритму, профілактики ускладнень та переходу ФП з персистентної в постійну форму, аміодарон повинен бути рекомендований для постійного застосування.

2. Протипоказанням для призначення аміодарону з боку щитовидної залози є лише гіпертиреоз. Гіпотиреоз не є протипоказанням для призначення аміодарону для відновлення та підтримання синусового ритму.

3. Під час антиаритмічної терапії потрібно регулярно проводити контроль побічних ефектів.

4. Умовами для відміни аміодарону при його тривалому застосуванні є: розвиток побічних ефектів, перехід фібриляції передсердь у постійну форму та розвиток коморбідностей, які є протипоказаннями для призначення препарату.

5. У разі розвитку побічних ефектів чи коморбідностей рішення про відміну аміодарону при-

ймається мультидисциплінарно (сімейний лікар, кардіолог та спеціаліст відповідного профілю).

Препарати ІС класу за класифікацією Вольфанга-Вільямса

Нові можливості антиаритмічної терапії фібриляції передсердь в Україні

1. Використання флекаїніду як «таблетки в кишені» при фібриляції передсердь.

2. Дозування флекаїніду як «таблетки в кишені».

3. Флекаїнід при тривалому прийомі при фібриляції передсердь.

Резолюція

Флекаїнід – ефективний препарат як терапія «таблетка в кишені» для купірування пароксизму фібриляції передсердь у ретельно відібраних хворих без виразного структурного ураження серця в умовах попереднього тестування методики в кардіологічному стаціонарі.

Дозування флекаїніду як «таблетки в кишені» можна рекомендувати по схемі 200 мг → 2 години → 100 мг.

Диференційований підхід до призначення антиаритмічних засобів для відновлення і збереження синусового ритму при ФП

1. Практичні аспекти використання пропафенону. Досвід застосування пропафенону як «таблетки в кишені» для купірування пароксизму ФП і підтримки синусового ритму.

2. Особливості пропафенону в лікуванні пацієнтів з ФП: β-блокуючий ефект.

3. Особливості тривалого використання пропафенону.

Резолюція

Тактика відновлення ритму як «таблетка в кишені» можлива при пароксизмі тривалістю не більше 48 годин.

Пропафенон є одним з найбільш досліджених препаратів, який використовується для відновлення синусового ритму як «таблетка в кишені» та в ін'єкційній формі.

Відновлення ритму ін'єкційною формою пропафенону можливо при тривалості пароксизму

до 7 діб за умови адекватної антикоагулянтної терапії.

При використанні пропафенону слід урахувати його незначні бета-блокуючі якості.

Алгоритм вибору ААП ІС класу в фокусі безпеки тривалого застосування у хворих з брадиформами аритмій. Можливості моно- і комбінованої терапії

1. Тривалий прийом ААП І класу з акцентом на безпеку: коли, що, кому?

2. Етацизин: профіль безпеки при тривалому застосуванні.

3. Можливі і безпечні комбінації ААП І класу Етацизину.

Резолюція

1. Етацизин – безпечний і ефективний ААП для терапії ФП і ШЕ у пацієнтів без важкої органічної патології серця, з можливістю тривалого прийому.

2. Рекомендовано використовувати алгоритм контролю за прийомом препарату Етацизин при його тривалому застосуванні.

3. При досягненні терапевтичного ефекту проводити підтримуючу терапію в індивідуально підібраних мінімальних ефективних дозах.

4. Етацизин – препарат вибору для лікування аритмій, які розвинулися на тлі брадикардії.

5. Етацизин ефективний у вигляді моно- і комбінованої (з бета-адреноблокаторами) терапії порушень ритму серця.

Взаємодія Етацизину з іншими антиаритміками

Препарати ІС класу (пропафенон, флекаїнід)	Заборонено
Бета-блокатори	Доцільно, особливо при адренергічних формах аритмій
Аміодарон	Можливо (вірогідно при зменшенні дози)
Соталол	У малих дозах
Дронедарон	Заборонено
Недигідропіридинові АК (верапаміл, дилтіазем)	Можливо

Діагностика аритмій за допомогою імплантованих кардіомоніторів

1. Які методи діагностики показані пацієнтам з підозрою на аритмічні причини синкоп?

2. Які додаткові методи дослідження мають бути рекомендовані пацієнтам при таких симптомах, як синкопи, які трапляються рідше ніж раз на місяць?

3. Як досягти найбільш ефективної профілактики повторного інсульту у пацієнтів з криптогенними інсультами та проблеми діагностики «німої» ФП?

Резолюція

1. Необхідно використовувати імплантовані кардіомонітори пацієнтам з підозрою на аритмічні причини синкопе, коли зв'язок симптом–ритм не може бути виявлений звичайними методами ЕКГ-моніторингу.

2. Ґрунтуючись на результатах клінічного дослідження використання імплантованих кардіомоніторів рекомендовано пацієнтам при симптомах, такі як синкопе, які трапляються рідше ніж раз на місяць з метою пошуку причини негативних симптомів, стратифікації ризику та призначення відповідної терапії.

3. Відповідно до результатів популяційних досліджень та метааналізів баз даних пацієнтів з фібриляцією передсердь (ФП) реальна розповсюдженість даної аритмії перевищує вдвічі показники задокументованої ФП. Це пов'язано з наявністю так званих “німих” (безсимптомних) пароксизмів ФП. При чому, симптомні та безсимптомні форми можуть виявлятися в одного пацієнта.

4. Відповідно до результатів проспективного рандомізованого клінічного дослідження CRYSTAL AF, імплантовані кардіомонітори мали перевагу над звичайними методами виявлення епізодів ФП. При збільшенні тривалості моніторингу пропорційно збільшувалась кількість пацієнтів з зареєстрованою ФП.

5. Необхідно також використовувати імплантовані кардіомонітори пацієнтам з криптогенними інсультами з метою діагностики «німої» ФП та ефективної профілактики повторного інсульту.

Нові можливості лікування пацієнтів із серцевою недостатністю та шлуночковими аритміями

1. Інотропний та антиаритмічний механізми дії препарату Езафосфіна.
2. Місце Езафосфіни у лікуванні пацієнтів із СН та супутніми аритміями.
3. Практичні аспекти та досвід застосування Езафосфіни у пацієнтів з аритміями.

Резолюція

1. Езафосфіна може використовуватись в комплексній терапії хворих з шлуночковими аритміями та серцевою недостатністю, завдяки позитивному інотропному та протиаритмічному ефектам препарату.
2. Дослідження в Україні та досвід використання препарату Езафосфіна дозволяють використовувати його в комплексному лікуванні аритмій у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом та СН.
3. Абсолютним показом для призначення Езафосфіни у цих пацієнтів є гіпофосфотемія.
4. Езафосфіна може використовуватись за умови нормальної функції нирок.

Уточнення додаткових можливостей у лікуванні артеріальної гіпертензії в пацієнтів з фібриляцією передсердь

1. Переваги сартанів перед іАПФ в світі нових досліджень.
2. Позиція валсартану у пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику.
3. Комбінована терапія: у хворих з артеріальною гіпертензією та порушеннями ритму серця.
4. Питання прихильності до терапії.

Резолюція

1. Сартани мають суттєве значення в превенції інсульту, інших кардіоваскулярних подій та збереженні синусового ритму у пацієнтів з АГ та фібриляцію передсердь згідно із сучасними вітчизняними та міжнародними дослідженнями, в тому числі представленими на Європейському конгресі кардіологів 2017 року, зокрема RACE 3.

2. Валсартан – сартан, що має найбільшу доказову базу з позиції профілактики кардіоваскулярних подій у розрізі свого класу.

3. Комбінація валсартан/амлодипін/гідрохлоротіазид – єдина в Україні потрібна антигіпертензивна комбінація, що має схвалення FDA.

4. Потрібна комбінація валсартан/амлодипін/гідрохлоротіазид довела свою антигіпертензивну ефективність та плейотропну антиаритмічну дію у вітчизняних багатоцентрових дослідженнях при клінічних випробуваннях препарату Тіара-Тріо.

Особливості використання препарату Тіворель у вторинній профілактиці порушень ритму в пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому

1. Точки прикладання L-карнітину при кардіальній патології, акцент на аритмогенез.
2. Ендотеліальна дисфункція та порушення енергетичного обміну кардіоміоциту як причини порушень ритму при ГКС.
3. Переваги фіксованої комбінації аргініну і карнітину (Тіворель) у вторинній профілактиці порушень ритму в пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому.

Резолюція

1. Застосування фіксованої комбінації L-аргініну і карнітину (препарат Тіворель) при ІХС є патогенетично обґрунтованим лікуванням для зменшення порушень метаболізму міокарда. Левокарнітин видаляє токсичні метаболіти ацетил-КоА з мітохондрій, а L-аргінін зменшує негативний вплив оксидативного стресу на ендотелій коронарних судин, індукує утворення NO, відновлює функцію ендотелію.

2. Застосування препарату Тіворель у хворих з ІХС достовірно зменшує кількість шлуночкових порушень ритму та знижує частоту виникнення AV блокад.

3. До базової терапії хворих на ІХС рекомендовано додавати фіксовану комбінацію L-аргініну і карнітину (препарат Тіворель) для корекції ендотеліальної дисфункції і запобігання розвитку порушень ритму серця.

4. Використання фіксованої комбінації L-аргініну і карнітину при гострому коронарному синдромі потребує подальшого дослідження.

Ранекса – антиішемічний препарат з антиаритмічними властивостями

(Ранекса – високоселективний блокатор натрієвих каналів передсердь та блокатора пізнього потоку натрію в шлуночках)

1. Ранекса у хворих з порушеннями серцевого ритму: Рекомендації ЕОК та метааналіз.

2. Антиішемічні та антиаритмічні ефекти Ранекси у хворих з ГКС без підняття ST.

Резолюція

1. Ранолазин є неантиаритмічним препаратом з додатковими антиаритмічними властивостями, що зумовлені антиішемічним ефектом переважно

за рахунок блокади пізнього потоку натрію в натрієвих каналах міокарда.

2. Блокада пізнього потоку натрію ранолазином запобігає перевантаженню іонами кальцію і забезпечує антифібриляторний ефект без явних проаритмогенних властивостей.

3. Ранолазин пригнічує шлуночкові аритмії при гострій ішемії міокарда, у пацієнтів зі стабільною коронарною хворобою серця, а також у хворих із систолічною дисфункцією ішемічного генезу.

4. У пацієнтів з імплантованими кардіовертєрами-дефібриляторами, що мають резистентність до оптимальної антиаритмічної терапії, ранолазин може зменшувати шлуночкові тахіаритмії, що вимагають спрацьовування кардіовертєра-дефібрилятора.

5. Застосування ранолазину протипоказано в комбінації з антиаритмічними препаратами класів IA і III (за винятком аміодарону).