

Поєднання гострого коронарного синдрому та фібриляції передсердь: антиаритмічна й антитромбоцитарна терапія

Фібриляція передсердь (ФП) являє собою найпоширеніший різновид порушення ритму серця, що асоційований зі зменшенням серцевого викиду, збільшенням імовірності тромбоемболічних ускладнень, серцевої недостатності (СН) та смерті. Один із факторів ризику виникнення ФП – гострий коронарний синдром (ГКС), при цьому ГКС та ФП є взаємообтяжувальними. Своєчасні й адекватні антиаритмічні, антитромбоцитарні та антикоагулянтні методи терапії мають ключове значення для осіб із ФП, що виникла після ГКС. Актуальні питання лікування пацієнтів із ФП та ГКС висвітлили на XI Науково-практичній конференції Асоціації аритмологів України, що відбулася 19-21 травня 2021 року в Києві, провідний науковий співробітник відділення реанімації та інтенсивної терапії, д. мед. н. Олег Ігорович Іркін та старша наукова співробітниця відділу клінічної аритмології та електрофізіології серця, к. мед. н. Олена Миколаївна Романова (ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ).

На початку доповіді лектори підкреслили взаємозв'язок ГКС та ФП. Олег Ігорович зазначив, що ФП, яка супроводжує ГКС, практично удвічі збільшує госпітальну летальність. Незалежно від того, коли виникла ФП – під час ГКС або ж існувала до нього, – вона негативно впливає на виживаність, спричиняє розвиток СН, підвищує ризик ішемічного інсульту та системної емболії. Кореляцію між рівнем летальності та часом появи ФП при ГКС продемонстровано на рисунку 1.

Окрім того, прогноз для пацієнта значною мірою залежить від часу виникнення ФП: на початку ГКС чи через деякий час після нього (відтермінована ФП). На рисунку 2 представлені дані щодо виживаності хворих залежно від часу розвитку ФП. Так, виживаність осіб із ФП, яка виникла на початку ГКС, та за відсутності ФП взагалі практично зів'язана. Проте вона радикально знижується у пацієнтів, в яких ФП розвивається з часом після ГКС.

Надалі доповідачі представили алгоритм ведення хворих на інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) з ФП відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC, 2017) (табл. 1).

У пацієнтів зі стабільною гемодинамікою та ФП першим кроком лікування є контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) шляхом внутрішньовенного (в/в) введення β-блокаторів. Проте слід пам'ятати, що β-блокатори не відновлюють ритм, а лише допомагають адаптувати хворого та відкорегувати ЧСС. Також контроль

ЧСС має важливе значення у веденні осіб після ГКС. Цільова ЧСС становить ≤ 110 уд./хв (за можливості – не більш ніж 90 уд./хв).

Олена Миколаївна озвучила препарати, які не можна використовувати для купірування ФП при ГКС. До таких належать антиаритмічні засоби ІС класу (енкаїнід, флекаїнід). Згідно з сучасними рекомендаціями, дигоксин також не слід застосовувати з метою відновлення ритму. Для цього доцільно призначити антиаритмічний препарат **аміодарон***. Доповідачі підкреслили, що аміодарон можна використовувати навіть за наявності СН. Протипоказанням для застосування аміодарону є наявність виразної гіпотензії.

Водночас, прямим показанням для призначення аміодарону є необхідність відновлення серцевого ритму. При цьому, навіть у разі неефективності антиаритмічної терапії, застосування аміодарону дозволяє підготувати пацієнта до наступної електричної кардіоверсії та попередити ранні порушення ритму після її проведення.

Згідно з даними Уніфікованого клінічного протоколу «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», аміодарон слід використовувати в/в для відновлення ритму у стабільних пацієнтів. Рекомендована навантажувальна доза становить 5 мг/кг маси тіла хворого. Введення можна повторити 2-3 рази протягом 24 год.

Якщо ж пацієнт з ішемічною хворобою серця (ІХС) має показання для довготривалої антиаритмічної терапії, необхідне застосування комбінації аміодарону та β-блокаторів. Для довготривалого контролю серцевого ритму всім хворим на ФП, зокрема із СН зі зниженою фракцією викиду, рекомендовано призначати аміодарон. Даний препарат дієвіше запобігає рецидивам ФП, ніж інші антиаритмічні засоби, проте характеризується екстракардіальними токсичними ефектами. Тому спочатку слід розглянути можливість призначення інших антиаритміків.

Табл. 1. Ведення хворих на STEMI з ФП

Рекомендації	Клас	Рівень
Контроль ЧСС у гострій фазі ФП		
Застосування β-блокаторів в/в показане для контролю ЧСС за потреби, а також за відсутності клінічних ознак гострої СН або гіпотензії	I	C
Використання аміодарону в/в показане для контролю ЧСС за потреби, а також за наявності супутньої гострої СН, але за відсутності гіпотензії	I	C
Застосування серцевих глікозидів в/в необхідно розглянути для контролю ЧСС за потреби, а також за наявності супутньої гострої СН та гіпотензії	IIa	B
Кардіоверсія		
Негайну електричну кардіоверсію показано у випадках, коли неможливо швидко досягти адекватного контролю ЧСС за допомогою медикаментів у пацієнтів із ФП на тлі ішемії, що триває, тяжких порушень гемодинаміки чи СН	I	B

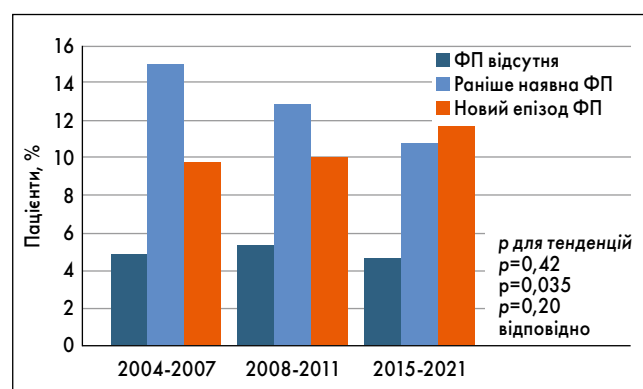


Рис. 1. Рівень летальності залежно від часу виникнення ФП
Примітки: Адаптовано за L. Biasco et al., 2019.

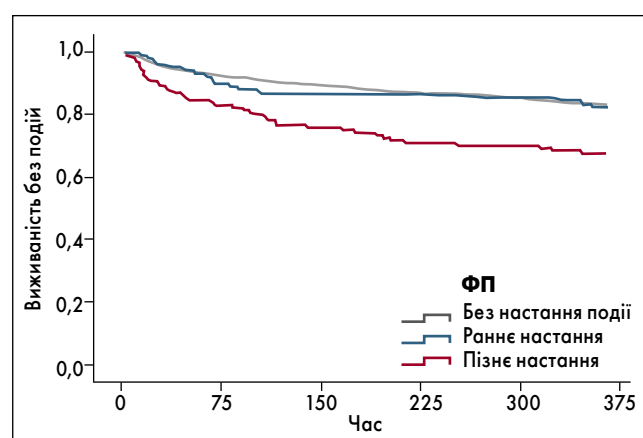


Рис. 2. Виживаність пацієнтів залежно від часу розвитку ФП щодо ГКС



О.І. Іркін



О.М. Романова

Доповідачі представили до уваги слухачів результати подвійного сліпого рандомізованого плацебо-контрольованого випробування SAFE-T, метою якого було порівняння ефективності аміодарону та соталолу щодо відновлення та утримання синусового ритму в пацієнтів із персистувальною ФП (Singh et al., 2005). Учасниками дослідження стали пацієнти із ФП з тривалістю пароксизму близько 72 год, які отримували антикоагулянтну терапію. Первинну кінцеву точку визначили як час до першого рецидиву ФП після відновлення синусового ритму (починаючи із 28-го дня). За результатами, аміодарон був достовірно ефективнішим за соталол щодо утримання синусового ритму в осіб із ФП: середня кількість днів до рецидиву ФП у групі аміодарону становила 809, тоді як соталолу – 209, плацебо – 13. Частота повторних епізодів ФП при застосуванні аміодарону виявилася вірогідно нижчою, ніж соталолу.

Також спікери навели результати дослідження S. Darkner et al. (2014), присвяченого вивченню рецидиву аритмії після короткочасної пероральної терапії аміодароном у пацієнтів, які перенесли катетерну абляцію із приводу ФП. Як відомо, протягом перших трьох місяців після катетерної абляції аритмія є поширеним явищем. Короткотривале призначення антиаритмічної терапії, зокрема аміодарону, дозволяє попередити розвиток рецидивів ФП та є достатньо безпечною стратегією, оскільки побічні ефекти не встигають розвинути за такий короткий час. Згідно з отриманими даними, таке лікування аміодароном асоціювалося зі зниженням частоти передсердних тахіаритмій після радіочастотної абляції порівняно із плацебо. Короткострокова пероральна терапія аміодароном після абляції у пацієнтів із пароксизмальною або постійною формою ФП значно зменшувала кількість госпіталізацій (більш ніж удвічі) та кардіоверсій, пов'язаних з аритмією, протягом трьох місяців (сліпого періоду).

Надалі лектори перейшли до висвітлення актуальних питань антитромботичної та антикоагулянтної терапії у пацієнтів із ФП, які перенесли ГКС. Загальновідомо, що як ФП, так і ГКС асоційовані з високим ризиком тромбоутворення. В патогенезі ГКС беруть участь зовнішній шлях згортання крові та утворення білих тромбів. Сучасне лікування ГКС полягає у своєчасному внутрішньокоронарному втручанні – видаленні тромбу та стентуванні коронарних судин. Встановлення стенту саме по собі призводить до створення тромбогенної ситуації, тож необхідне проведення подальшої антитромбоцитарної терапії.

Варто зазначити, що при ФП у процесі тромбоутворення залучені внутрішні шляхи згортання крові, зокрема X-фактор, при цьому утворюється не білий, а червоний тромб.

* На сучасному фармацевтичному ринку України аміодарон представлений препаратом Кордарон (виробник – компанія «Санофі»). Лікарський засіб доступний у таблетованій (200 мг) та ін'єкційній формах (50 мг/мл).

Початок на попередній стор.

Тромбоемболія на тлі ФП корелює з високим ризиком інвалідизації та летальних наслідків. Саме тому, з метою запобігання тромбоутворенню, пацієнтам із ФП слід призначати не антитромбоцитарні препарати, а антикоагулянти.

Лектори підкреслили, що тактика ведення осіб із ФП, які перенесли процедуру черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), повинна балансувати між ризиком кровотечі та тромбозу. Згідно з настановою ESC щодо ведення пацієнтів із ГКС та ФП (2020), у хворих на ФП з оцінкою за шкалою CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 у чоловіків та ≥ 2 у жінок після короткого періоду потрібної антитромбоцитарної терапії (до одного тижня після гострої події) подвійне антитромбоцитарне лікування є доцільним як стандартна стратегія із використанням прямих оральних антикоагулянтів (ПОАК) у рекомендованих дозах із метою профілактики інсульту. Відповідно до сучасних рекомендацій, при розгляді питання про подвійну або потрібну антитромбоцитарну терапію перевагу слід віддавати блокатору P2Y₁₂-рецепторів клопідогрелю. Анти-

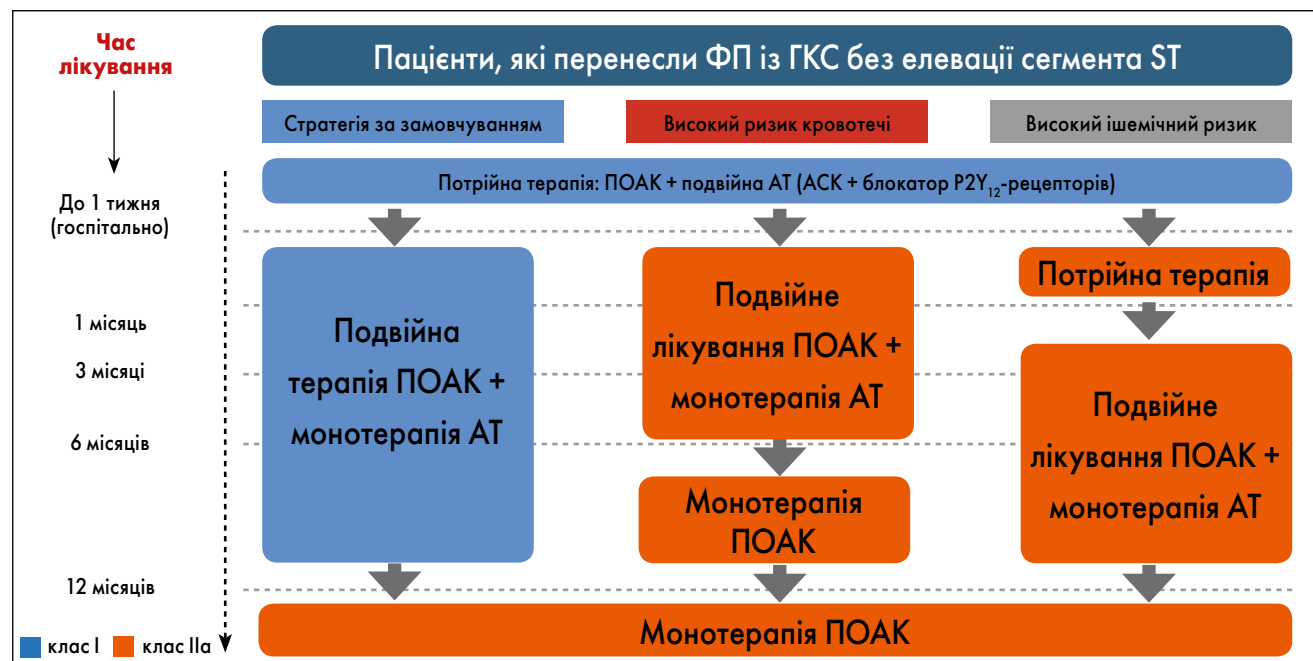


Рис. 3. Алгоритм антитромбоцитарної терапії у хворих на ГКС без елевачії сегмента ST із ФП, які перенесли ЧКВ або лікування
Примітки: АТ – антитромбоцитарна терапія.
Адаптовано за ESC, 2020.

Табл. 2. Гострий тромбоз стенту: фактори ризику

Пацієнт	Раннє припинення ПАТТ, генетичні поліморфізми (тромбофілії)	Злоякісне новоутворення, СН зі зниженою фракцією викиду	Цукровий діабет, гострий інфаркт міокарда, куріння, тромбоцитоз/анемія
Атеросклеротичне ураження	Показник за шкалою TIMI <3 після закінчення процедури	Стент із лікарським покриттям у місці рестенозу, біфуркаційний стеноз	Ураження ПМШГ ЛКА, малий діаметр судини, виразка чи аневризма, довгий стент або багато стентів, TIMI 0-1 до процедури, стентування шунта
Стент	–	Малий діаметр стенту	Товщина стенту
Процедура	Неправильне розташування стенту, дисекція, резидуальний стеноз або неповне розправлення стенту/судини	–	Відсутність блокатора P2Y ₁₂ -рецепторів до процедури, відсутність гепарину, використання глікопротеїну IIa/IIIb

Примітки: ПАТТ – подвійна антитромбоцитарна терапія, ПМШГ ЛКА – передня міжшлуночкова гілка лівої коронарної артерії.
Адаптовано за T. Gori et al., 2018.

ПОАК, варто припинити через 12 місяців. Алгоритм антитромбоцитарної терапії у хворих на ГКС без елевачії сегмента ST із ФП, які перенесли ЧКВ або лікування, представлений на рисунку 3.

Лектори також ознайомили присутніх із факторами ризику гострого тромбозу стенту, що наведені в таблиці 2.

Наприкінці доповіді були озвучені такі висновки:

1. Поєднання ГКС та ФП зазвичай асоційоване з несприятливим прогнозом.
2. При поєднанні ФП та ГКС пріоритетним антиаритмічним препаратом як для відновлення, так і збереження синусового ритму є оригінальний **аміодарон**.
3. При розгляді питання про подвійну або потрібну антитромбоцитарну терапію перевагу слід віддавати блокатору P2Y₁₂-рецепторів клопідогрелю.

Підготувала **Анастасія Козловська**



ДАЙДЖЕСТ

КАРДІОЛОГІЯ

Розроблено план глобальних дій щодо боротьби із ССЗ у жінок

Комісія The Lancet створила експертну групу з метою окреслення термінових дій для зменшення глобального тягаря серцево-судинних захворювань (ССЗ) у жінок. Доповідь комісії, яку очолили жінки, було представлено у травні під час пленарного засідання Американського коледжу кардіології (ACC).

ССЗ є найпоширенішою причиною смерті серед жінок. За оцінками, у 275,2 млн жінок діагностують хвороби серця в усьому світі, зокрема в 20,8 млн – у США. Що важливо, більшості цих випадків можна запобігти.

Завдяки освітнім кампаніям і проєктам вдалося підвищити обізнаність суспільства про вплив ССЗ на жінок, а позитивні зміни, спрямовані на жінок та їхнє здоров'я, набирають обертів. Однак протягом останнього десятиліття спостерігався «застій» у загальному зменшенні тяжкості ССЗ у жіночій популяції. На жаль, ССЗ у жінок залишається недостатньо вивченими, розпізнаними, діагностованими та лікованими.

Очільниця комісії **Roxana Mehran**, д. мед. н., директорка з інтервенційних серцево-судинних досліджень та клінічних випробувань Медичної школи Ікан на горі Синай у Нью-Йорку (США), зауважила, що, нарешті, вперше робляться спроби отримати всебічне розуміння того, що саме потрібно для зменшення серцевих захворювань серед жінок у всьому світі. Ця проблема залишається незмінною протягом десятиліть, і створення комісії є важливим кроком на шляху до пошуку рішень.

Як відомо, гіпертонія, куріння, гіперліпідемія та цукровий діабет є найважливішими факторами ризику розвитку ССЗ. Тож надалі необхідно спрямувати дослідження на менш відомі чинники ризику, які впливають на здоров'я жінок. До них належать вельми важливі, але недостатньо вивчена роль стресу, психосоціальних та економічних депривацій, а також специфічні для статі фактори ризику ССЗ, такі як передчасні пологи, прееклампсія, передчасна менопауза та домашнє насильство. Комісія дійшла висновку, що за детального вивчення та розуміння цих факторів можна краще запобігати, виявляти та лікувати хвороби серця і, відповідно, знизити рівень смертності та покращити стан здоров'я жінок у глобальному масштабі.

Комісія представила мету свого проєкту в 10 основних положеннях та рекомендаціях:

1. Точні дані про загальну поширеність та результати ССЗ у жінок відсутні. Рекомендація: пряме фінансування збору точних даних про поширеність та вплив ССЗ у жінок в усьому світі в режимі реального часу.

2. ССЗ у жінок залишаються недостатньо вивченими, розпізнаними, діагностованими та лікованими. Рекомендація: розробити освітні програми щодо ССЗ у жінок для лікарів, науковців, суміжних медичних працівників та громад.

3. Характерні для статі патофізіологічні механізми та перебіг ССЗ залишаються недостатньо вивченими. Рекомендація: надати пріоритет гендерним дослідженням, зосередженим на виявленні особливостей патофізіології та перебігу ССЗ.

4. Жінки недостатньо представлені у більшості клінічних випробувань із вивчення ССЗ. Рекомендація: розробити стратегії для поліпшення участі та утримання жінок у клінічних випробуваннях.

5. Соціально-економічна депривація чинить суттєвий негативний вплив на загальний тягар ССЗ у жінок. Рекомендація: надати пріоритет фінансуванню програм глобальних організацій охорони здоров'я щодо ССЗ у жінок із соціально-економічно незахищених регіонів.

6. Серед молодих жінок зростає поширеність інфаркту міокарда і серцево-судинної смертності. Рекомендація: навчати медичних працівників і пацієнтів щодо раннього виявлення та профілактики ССЗ у молодих жінок.

7. Гіпертонія, дисліпідемія та цукровий діабет є найважливішими факторами ризику, що асоційовані з серцево-судинною смертністю у жінок. Рекомендація: створити ініціативи, медичні програми та програми з інформування щодо факторів ризику ССЗ у місцях, які часто відвідують жінки.

8. Специфічні для статі та інші невизнані фактори ризику ССЗ, такі як психосоціальні та соціально-економічні негативно впливають на глобальний тягар ССЗ у жінок. Рекомендація: необхідні дослідження для виявлення впливу гендерно-специфічних, психосоціальних та соціально-економічних факторів ризику розвитку ССЗ у жінок та оцінки стратегій втручання.

9. Поширеність ССЗ з урахуванням віку зростає серед жінок у деяких найбільш густонаселених країнах світу. Рекомендація: розширення програм із серцево-судинного здоров'я у густонаселених регіонах та тих, що розвиваються.

10. На сьогодні не існує встановленої глобальної політики щодо координації профілактики та лікування ССЗ у жінок. Рекомендація: включити державно-приватне партнерство для розробки широкомасштабних програм із порятунку жінок, що страждають на ССЗ.

За матеріалами www.medscape.com

Кордарон®

аміодарон

ЗАДАЄ РИТМ



ПОКАЗАННЯ:

- Профілактика рецидивів:
 - шлуночкової тахікардії, яка становить загрозу для життя хворого: лікування необхідно починати в умовах стаціонару при наявності постійного контролю за станом пацієнта;
 - симптоматичної шлуночкової тахікардії (документально підтвердженої), яка призводить до непрацездатності;
 - суправентрикулярної тахікардії (документально підтвердженої), що потребує лікування, та у тих випадках, коли інші препарати не мають терапевтичного ефекту або протипоказані;
 - фібриляції шлуночків.
- Лікування суправентрикулярної тахікардії: уповільнення або зменшення фібриляції або тріпотіння передсердь.
- Ішемічна хвороба серця та/або порушення функції лівого шлуночка.

Інформація* про лікарський засіб КОРДАРОН®, таблетки, 200 мг.

Склад. Діюча речовина: аміодарон; 1 таблетка містить аміодарону гідрохлориду 200 мг. Лікарська форма. Таблетки.

Фармакотерапевтична група. Антиаритмічні препарати III класу. Код АТХ C01B D01.

Спосіб застосування та дози.

Початкове лікування. Звичайна рекомендована доза препарату – по 200 мг (1 таблетка) 3 рази на добу протягом 8-10 днів. У деяких випадках для початкового лікування використовуються більш високі дози (4-5 таблеток на добу), але завжди – протягом короткого періоду часу та під електрокардіографічним контролем.

Підтримуюче лікування. Слід застосовувати мінімально ефективну дозу. Залежно від реакції хворого на застосування препарату підтримуюча доза для дорослих може становити від 1/2 таблетки на добу (1 таблетка кожні 2 дні) до 2 таблеток на добу.

Діти. Безпека та ефективність застосування аміодарону у дітей не оцінювалися, тому застосування препарату дітям не рекомендується.

Протипоказання: синусова брадикардія, синоатріальна блокада серця при відсутності кардіостимулятора; синдром слабкості синусового вузла при відсутності кардіостимулятора (ризик зупинки синусового вузла); порушення атріовентрикулярної провідності високого ступеня при відсутності ендокардіального кардіостимулятора; гіпертиреоз, через можливе загострення при прийомі аміодарону; відома гіперчутливість до йоду, аміодарону або до однієї з допоміжних речовин; другий та третій триместри вагітності; період годування груддю; комбінація з препаратами, здатними викликати пароксизмальну шлуночкову тахікардію типу «torsades de pointes» (за винятком протипаразитарних засобів, нейролептиків та метадону): антиаритмічні засоби Ia класу (хінідин, гідрохінідин, дизопірамід); антиаритмічні засоби III класу (соталол, дофетилід, ібутилід); інші лікарські засоби, такі як сполуки миш'яку, бепридил, цизаприд, циталопрам, есциталопрам, дифеманіл, доласетрон в/в, домперидон, дронедазон, еритроміцин в/в, левофлоксацин, мехітазин, мізоластин, моксифлоксацин, пруклоприд, спіраміцин в/в, тореміфен, вінкамін в/в; телпревір; кобіцистат.

Побічні реакції. Дуже часто: мікродепозиції у рогівці, майже у всіх дорослих осіб, зазвичай у межах ділянки під зіницею, які не вимагають відміни аміодарону; фотосенсибілізація, рекомендовано уникати впливу сонячного випромінювання (та ультрафіолетового випромінювання в цілому) під час лікування препаратом; за відсутності будь-яких клінічних ознак дисфункції щитовидної залози певна невідповідність рівнів гормонів щитовидної залози в крові (підвищений рівень Т4, нормальний або дещо знижений рівень Т3) не вимагає відміни препарату; зазвичай помірна та ізольоване підвищення рівнів трансамінз (у 1,5-3 рази вище норми), яке зникало після зменшення дози препарату або навіть спонтанно; помірні розлади травлення (нудота, блювання, дисгевзія), які зазвичай виникають на початку лікування препаратом та зникають після зменшення його дози та інш.

Застосування у період вагітності або годування груддю. Враховуючи вплив аміодарону на щитовидну залозу плода, цей препарат протипоказаний до застосування під час вагітності, за винятком випадків, коли користь його призначення переважає ризик, пов'язаний з ним. Враховуючи ризик розвитку гіпотиреозу в немовляти, годування груддю протипоказане у період лікування аміодароном.

Категорія відпуску. За рецептом.

*Інформація подана скорочено. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу КОРДАРОН®, таблетки, 200 мг; № 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері; таблетки по 200 мг; по 3 блістери у картонній коробці; № 30 (15x2): по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці. РП UA/3683/02/01. Наказ МОЗ України №882 від 14.04.2020

Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ, лікарів та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією для медичного застосування препарату.