

РИВАРОКСАБАН ПРИ ТРОМБОЗЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ

А.Ю. Рычков, Н.Ю. Хорькова, Е.И. Ярославская

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»

Фибрилляция и трепетание предсердий представляют важные проблемы современной кардиологии. Частота этих патологий существенно возрастает с возрастом. Фибрилляция предсердий является фактором, приводящим к возрастанию риска тромбоэмболических осложнений, в частности тромба в ушке левого предсердия — одного из независимых предикторов инсульта. В последнее время все большее распространение при профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов получают новые пероральные антикоагулянты. В настоящей публикации мы приводим описание клинического случая применения нового перорального антикоагулянта ривароксабана при тромбозе левого предсердия у пациента с фибрилляцией предсердий при проведении катетерной абляции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трепетание предсердий, тромбоэмболические осложнения, тромбоз левого предсердия, новые пероральные антикоагулянты, ривароксабан

Фибрилляция предсердий (ФП) — одно из наиболее часто встречающихся нарушений ритма сердца. Распространенность ФП в общей популяции составляет 1—2%, и этот показатель, вероятно, возрастет в ближайшие 50 лет. По современным представлениям ФП ассоциируются с увеличением смертности, частоты инсульта и других тромбоэмболических осложнений, сердечной недостаточности и госпитализаций [1, 2].

Частота ишемического инсульта у пациентов с ФП неревматической этиологии составляет 3—8% в год (в среднем 5%), что в 2—7 раз выше, чем у лиц без ФП. Причиной тромбоэмболических осложнений при ФП без поражения клапанного аппарата сердца в 75% случаев является тромбоз левого предсердия (ЛП), в

частности ушка левого предсердия, определяемый при чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ). Эффективным методом лечения пациентов с пароксизмальной формой ФП является радиочастотная абляция (РЧА). Для снижения риска тромбоэмболических осложнений перед операцией проводится ЧПЭхоКГ. Выявление тромба в ЛП является абсолютным противопоказанием для проведения РЧА.

Новые пероральные антикоагулянты представляют альтернативу антагонистам витамина К для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с ФП неклапанного генеза [3]. Приводим клинический случай применения при катетерной абляции нового перорального антикоагулянта, прямого ингибитора активированного X-фактора свертывания

РИСУНОК 1



крови ривароксабана у пациентки с тромбозом ушка ЛП при ФП.

Клинический пример. Пациентка Р, 62 года, поступила в клинику для проведения операции радиочастотной изоляции устьев легочных вен с использованием навигационной системы CARTO. При поступлении предъявляла жалобы на частые, до двух раз в неделю, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, сопровождающиеся снижением АД, головокружением, резкой слабостью, предобморочными состояниями, продолжительностью от нескольких часов до суток, купирующиеся иногда пропранололом, но чаще внутривенным введением амиодарона. Анамнез заболевания: артериальная гипертония в течение многих лет, максимальные цифры повышения АД 170/100 мм рт. ст., на фоне гипотензивной терапии цифры АД чаще в пределах 120–130/80 мм рт. ст. В течение 2 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения. Ухудшение самочувствия в течение последних 6 мес., когда приступы сердцебиений стали частыми и про-

должительными, длительно до суток. С антиаритмической целью принимала амиодарон, на фоне приема которого развился гипотиреоз, препарат был отменен. Позже с целью контроля синусового ритма назначались комбинации антиаритмических препаратов: β -блокаторы с аллапинином, β -блокаторы с пропранололом, соталол с аллапинином — без клинического эффекта. С учетом наличия частых гемодинамически значимых пароксизмов ФП и

неэффективности антиаритмической терапии пациентка была направлена в центр для проведения оперативного вмешательства. Антикоагулянтной терапии пациентка не получала из-за отсутствия возможности регулярного контроля МНО по месту жительства.

При поступлении в наш центр состояние расценено как удовлетворительное. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 60 уд/мин. При проведении эхокардиографии полости сердца не расширены, выявлена незначительная гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки (толщина межжелудочковой перегородки 13 мм); глобальная сократительная функция миокарда левого желудочка удовлетворительная. По результатам ЧПЭхоКГ в ушке ЛП определяется мягкий пристеночный тромб неоднородной эхогенности, наполняющий всю полость ушка с флотирующим краем (рис. 1), и признаки спонтанного эхоконтрастирования в ЛП.

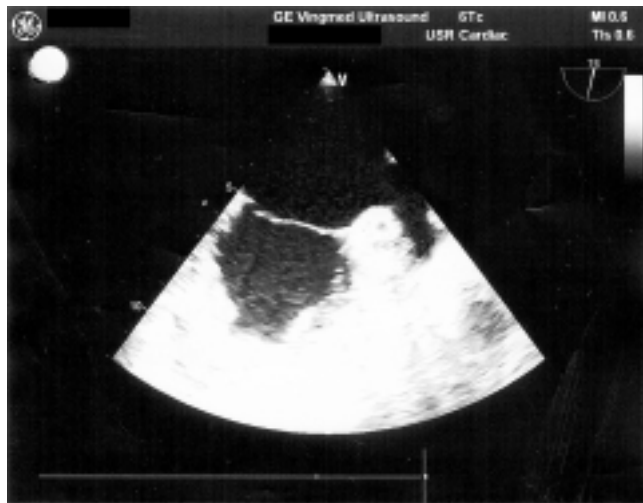
По результатам обследования в стационаре выставлен диагноз *артериальная гипертония*

III стадии, 2-й степени, риск 4. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, частые приступы. Тромб в ушке левого предсердия. ХСН I, ФК II (NYHA).

С учетом данных ЧП-ЭхоКГ оперативное вмешательство не выполнено. Учитывая отсутствие возможности контроля МНО по месту жительства, в стационаре пациентке назначен прием ривароксабана в суточной дозе 20 мг. При выписке из центра рекомендовано проведение контрольной ЧПЭхоКГ через 3 мес. на фоне постоянной антикоагулянтной терапии ривароксабаном.

Через 3 мес. пациентка повторно госпитализирована в клинику для проведения контрольной ЧПЭхоКГ и решения вопроса о выполнении РЧА. По результатам ЧПЭхоКГ признаков тромбоза ушка ЛП (рис. 2) не выявлено, скоростные показатели в ушках нормализовались. С учетом полученного эффекта, а также отсутствия возможности контролируемого приема варфарина в последующем для профилактики тромбоэмболических осложнений оставлен новый пероральный антикоагулянт ривароксабан в суточной дозе 20 мг. ВСЭФИ и операция — РЧ-изоляция устьев легочных вен были успешно выполнены пациентке на фоне непрерывной терапии ривароксабаном. В раннем и отдаленном (период наблюдения 3 мес.) послеоперационном периоде тромбоэмболических осложнений и кровотечений на лечении ривароксабаном не зарегистрировано. Пациентка отметила 2 рецидива ФП, не сопро-

РИСУНОК 2



вождавшихся резким ухудшением самочувствия и расстройствами гемодинамики, купированные в течение часа дополнительным приемом пропafenона.

В клиническом исследовании III фазы ROCKET-AF было показано, что ривароксабан способен предотвращать тромбоэмболические осложнения ФП не менее эффективно, чем варфарин [4]. Это позволило рекомендовать препарат для широкого применения в клинической практике [3].

В доступной литературе найдены единичные сообщения о возможности растворения тромба в ушке ЛП у пациентов с ФП, подтвержденные динамикой ЧПЭхоКГ [6, 7]. Предполагается, что ривароксабан, действуя через Ха-фактор свертываемости крови, за счет снижения образования тромбина [8] нарушает формирование тромба и делает его более восприимчивым к действию фибринолитических ферментов [9]. Сообщений о возможности применения ривароксабана при подготовке к

операции РЧА ФП в доступной литературе нами не найдено.

В настоящее время обсуждается вопрос о возможности использования новых пероральных антикоагулянтов при самой операции. В частности, эксперты АНА/ACC/HRS [10], отмечая недостаточное количество исследований и неоднозначные результаты, не отрицают возможности их применения. Новые публикации результатов многоцентрового регистра [5] и когортного исследования [11] подтверждают

эффективность и безопасность ривароксабана и при катетерной абляции ФП. Для окончательного решения этого вопроса проводится масштабное многоцентровое исследование VENTURE-AF [12].

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность применения нового перорального антикоагулянта ривароксабан при тромбозе ушка ЛП у пациентки с пароксизмальной формой ФП при подготовке и проведении операции катетерной абляции.



ИСТОЧНИКИ

1. Clinical arrhythmology and electrophysiology: a companion to Braunwald's heart disease. Ed by Issa ZF, Miller JM, Zipes DP. Elsevier Inc., 2012: 726.
2. de Luna AB. Clinical arrhythmology. Wiley-Blackwell. 2011: 428.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий, рекомендации РКО, ВНОА и АССХ. *Российский кардиологический журнал*, 2014, 4 (102), 3.
4. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 2011, 365: 883-891.
5. Lakkireddy D, Reddy YM, Di Biase L et al. Feasibility & Safety of Uninterrupted Rivaroxaban for Periprocedural Anticoagulation in Patients Undergoing Radiofrequency Ablation for Atrial Fibrillation: Results from a Multicenter Prospective Registry. *J Am Coll Cardiol*, 2014, 18, 63(10): 982-988.
6. Hammerstingl C, Potzsch B, Nickenig G. Resolution of giant left atrial appendage thrombus with rivaroxaban. *Thrombosis and Haemostasis*, 2013, 109: 583-584.
7. Takasugi J, Yamagami H, Okata T et al. Dissolution of the left atrial appendage thrombus with rivaroxaban therapy. *Cerebrovascular Diseases*, 2013, 36: 322-323.
8. Gerotziakas G, Elalamy I, Depasse F et al. In vitro inhibition of thrombin generation, after tissue factor pathway activation, by the oral, direct factor Xa inhibitor rivaroxaban. *J Thromb Haemost*, 2007, 5: 886-888.
9. Varin R, Mirshahi S, Mirshahi P et al. Whole blood clots are more resistant to lysis than plasma clots — greater efficacy of rivaroxaban. *Thromb Res*, 2013, 131: 100-109.
10. January CT, Wann LS, Alpert JS et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 2014, 28. pii: S0735-1097(14)01740-9.
11. Dillier R, Ammar S, Hessling G et al. Safety of continuous periprocedural rivaroxaban for patients undergoing left atrial catheter ablation procedures. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 2014, 7(4): 576-582.
12. Naccarelli GV, Cappato R, Hohnloser SH et al. Rationale and design of VENTURE-AF: a randomized, open-label, active-controlled multicenter study to evaluate the safety of rivaroxaban and vitamin K antagonists in subjects undergoing catheter ablation for atrial fibrillation. *J Interv Card Electrophysiol*, 2014, 41(2): 107-116.