

Фибрилляция предсердий: современный взгляд на старую проблему.

Что говорят рекомендации ЕОК?



Докладчики: к.м.н., доц. Склянная Е.В., асс. Сологуб И.А.,
орд. Стехина К.В.

Фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой серьезное бремя для пациентов, врачей и систем здравоохранения во всем мире. Существенные исследовательские усилия и ресурсы направлены на получение подробной информации о механизмах, лежащих в основе ФП, ее естественном течении и эффективных методах лечения.



Atrial Fibrillatio

- Сложность в выборе тактики ведения ФП требует многогранного, целостного и мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с ФП с их активным участием.



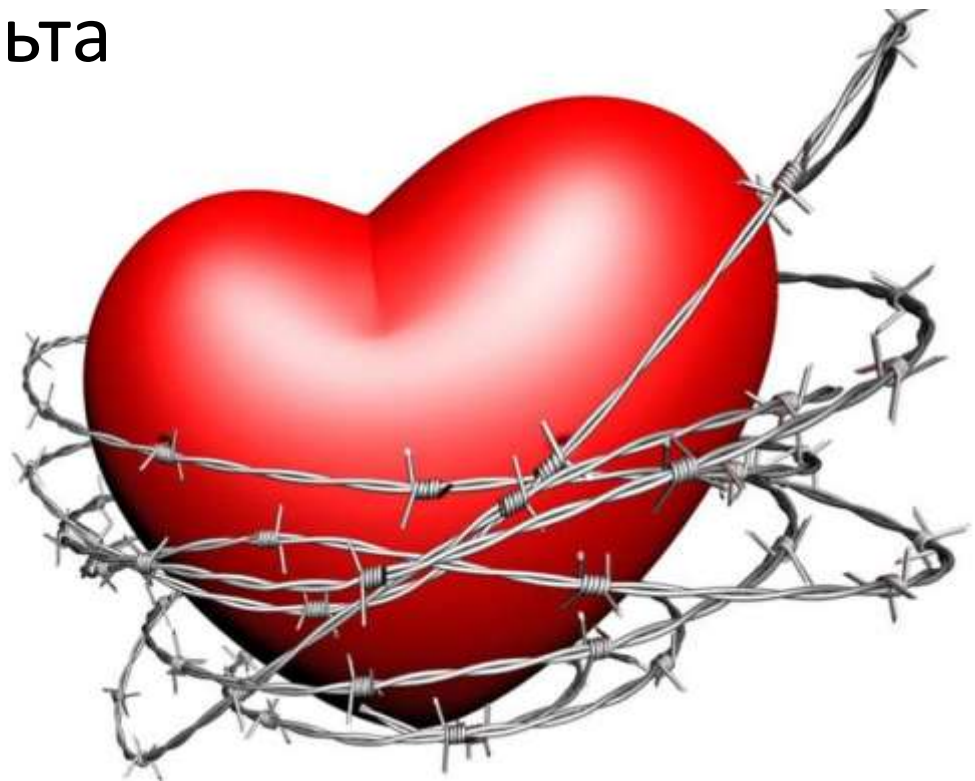
Диагностика

Для подтверждения диагноза ФП необходима запись ЭКГ в 12 стандартных отведениях или запись одного отведения в течение 30 сек. В результате чего выявлены следующие критерии

- Отсутствие зубца Р
- Разность интервалов R-R
- Волны f

На сегодняшний момент структурированная характеристика ФП должна включать:

- Оценка риска инсульта
- Клинический статус
- Тяжесть течения



КЛАССИФИКАЦИЯ ФП

Впервые выявленная	ФП, не диагностированная ранее, независимо от ее продолжительности или наличия / тяжести симптомов, связанных с ФП
Пароксизмальная	ФП, которая прекращается спонтанно или после вмешательства в течение 7 дней от начала.
Персистирующая	Стойкая ФП, которая сохраняется более 7 дней, включая эпизоды, прекращенные кардиоверсией (лекарствами или электрической кардиоверсией) через > 7 дней.
Длительно персистирующая (длительная стойкая)	Непрерывная ФП продолжительностью > 12 месяцев при принятии решения о применении стратегии контроля ритма.
Постоянная	ФП, приемлемая для пациента и врача, и никаких дальнейших попыток восстановления / поддержания синусового ритма предприниматься не будет. Постоянная ФП представляет собой терапевтическое отношение пациента и врача, а не патофизиологический признак ФП. Если будет принята стратегия контроля ритма, аритмия будет классифицирована как «длительная стойкая ФП».

Скрининг и настороженность в отношении ФП

- Учитывая высокий риск инсульта и смерти вне зависимости от наличия бессимптомной ФП по сравнению с симптоматической, является очевидным необходимость внедрения скрининга ФП. Это позволит как можно раньше начать лечение.

Скрининговые системы



Современные девайсы позволяют обнаружить аритмию, что будет поводом для обращения за медицинской помощью и первой ступенью к диагностике и лечению ФП.



Пациентам с ФП рекомендуется оценить:

- симптомы, связанные с ФП (включая утомляемость, усталость, одышку при физической нагрузке, учащенное сердцебиение и боль в груди), и количественно оценить статус пациента с помощью модифицированной шкалы симптомов EHRA до и после начала лечения.
- симптомы, связанные с ФП, до и после кардиоверсии стойкой ФП, чтобы помочь принять решение о лечении с контролем ритма.

Исходы, связанные с ФП

Clinical Presentation

AF-related OUTCOMES



Asymptomatic or Silent (!)



Symptomatic








Palpitations, dyspnoea, fatigue,

Chest tightness/pain, poor effort tolerance, dizziness, syncope, disordered sleep, etc.

Haemodynamically unstable

- Syncope
- Symptomatic hypotension
- Acute HF, pulmonary oedema
- Ongoing myocardial ischaemia
- Cardiogenic shock

Haemodynamically stable

AF-Related Outcome	Frequency in AF	Mechanism(s)
 Death	1.5 - 3.5 fold increase	Excess mortality related to: <ul style="list-style-type: none"> • HF, comorbidities • Stroke
 Stroke	20-30% of all ischaemic strokes, 10% of cryptogenic strokes	<ul style="list-style-type: none"> • Cardioembolic, or • Related to comorbid vascular atheroma
 LV dysfunction / Heart failure	In 20-30% of AF patients	<ul style="list-style-type: none"> • Excessive ventricular rate • Irregular ventricular contractions • A primary underlying cause of AF
 Cognitive decline / Vascular dementia	HR 1.4 / 1.6 (irrespective of stroke history)	<ul style="list-style-type: none"> • Brain white matter lesions, inflammation, • Hypoperfusion, • Micro-embolism
 Depression	Depression in 16-20% (even suicidal ideation)	<ul style="list-style-type: none"> • Severe symptoms and decreased QoL • Drug side effects
 Impaired quality of life	>60% of patients	<ul style="list-style-type: none"> • Related to AF burden, comorbidities, psychological functioning and medication • Distressed personality type
 Hospitalizations	10-40% annual hospitalization rate	<ul style="list-style-type: none"> • AF management, related to HF, MI or AF related symptoms • Treatment-associated complications

СМЕРТЬ

ИНСУЛЬТ

СН

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

ДЕПРЕССИЯ

УХУДШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

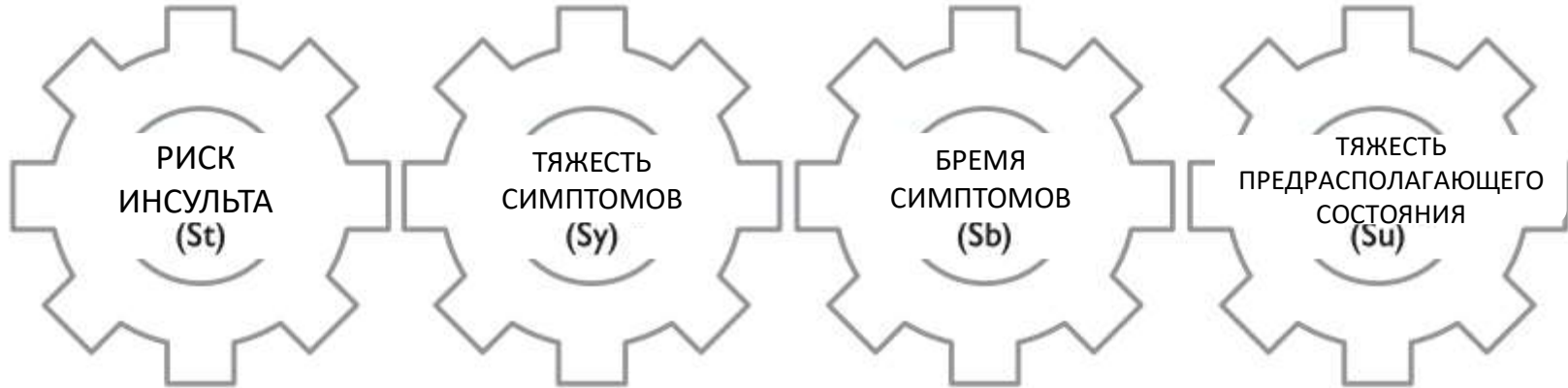
Основные алгоритмы и схемы курации пациентов с ФПП

2020-2021

Схема 4S-AF

Метод ABC

Схема 4S



Описание

Действительно ли риск инсульта низок
- Да
- Нет

- Бессимптомные / легкие симптомы
- Средней степени
- Тяжелые и инвалидизирующие

Длительность и интенсивность спонтанно прекращающихся эпизодов ФП

Сопутствующие заболевания\факторы риска СС событий
Предсердная кардиомиопатия

Стандартный инструмент оценки

Шкала CHA₂DS₂-VASc

Шкала симптомов EHRA

Использование опросников

Форма ФП

(пароксизмальная, персистирующая, длительно-персистирующая, постоянная)

Общая тяжесть ФП

(общее время эпизодов ФП за время мониторинга, самый длинный эпизод, количество эпизодов и т.д.)

Клиническая оценка

Оценка риска событий, оценка риска прогрессирования заболеваний

Визуализация

Томография, КТ, ЧПЭхоКГ, МРТ сердца, биомаркеры

ABC – подход к терапии пациентов с ФП, где

- **A** – антикоагулянтная терапия для профилактики инсульта
- **B** – лучший контроль симптомов
- **C** – выявление и лечение сопутствующих патологий

Рекомендации по предотвращению ТЭО 2020-2021

- Для оценки риска кровотечения используется формальная структурированная база оценок риска. Оценка риска кровотечений рекомендуется для выявления немодифицируемых и устранения изменяемых факторов риска кровотечений у всех пациентов с ФП, а также для выявления пациентов с потенциально высоким риском кровотечения, которых следует запланировать для более раннего и более частого клинического осмотра и последующего наблюдения.

Рекомендации по предотвращению ТЭО 2020-2021

- Для пациентов, принимающих АВК с низким временем достижения терапевтического диапазона МНО рекомендуются следующие варианты:



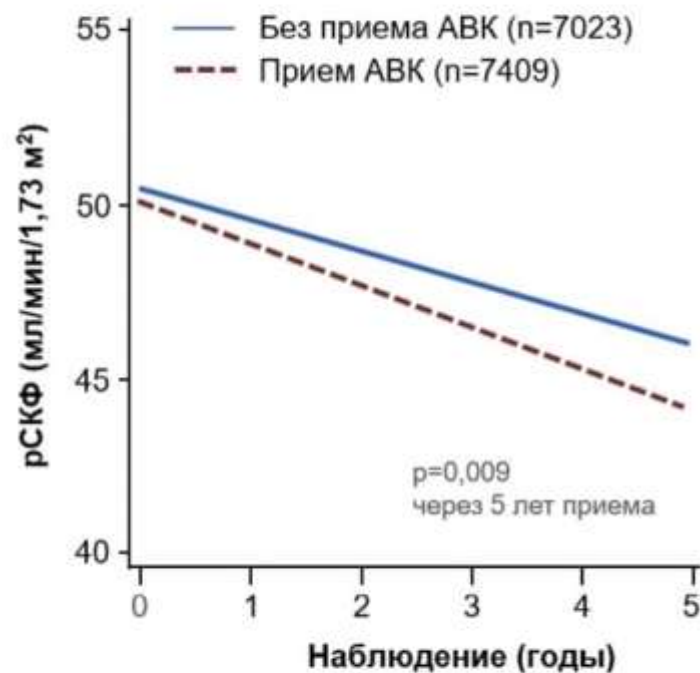
- Переход на НОАК, но обеспечение хорошей приверженности и настойчивости терапии;



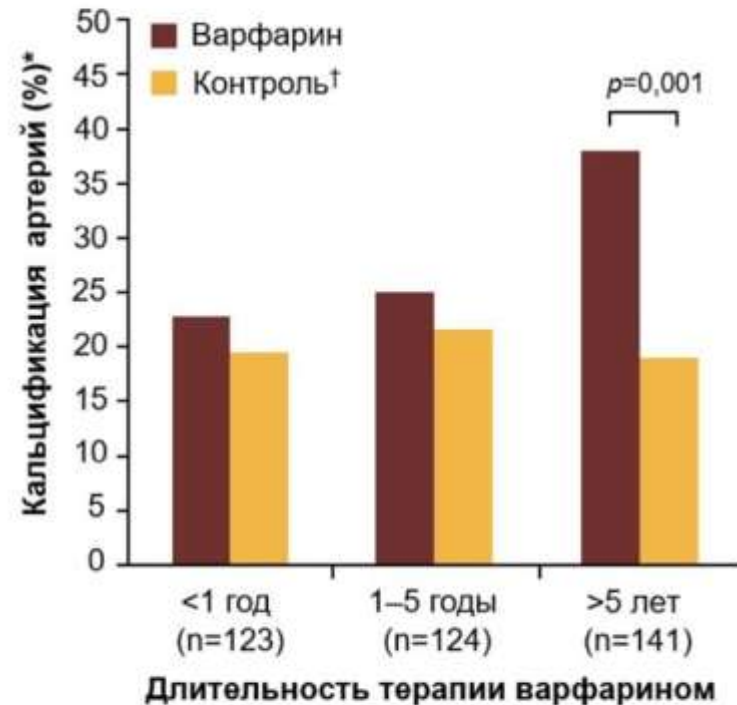
- Мероприятия, направленные на достижение значений МНО в пределах терапевтического диапазона (например, обучение / консультирование и более частые проверки МНО).

Настороженность в отношении приема варфарина (АВК)

У пациентов с ФП применение АВК может способствовать снижению функции почек, что может быть обусловлено повышением кальцификации сосудов



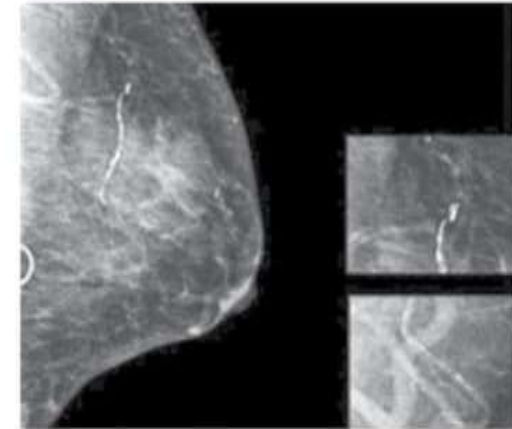
- Среди пациентов с ФП и ХБП функция почек снижалась быстрее у тех, кто принимал АВК, по сравнению с теми, кто не принимал АВК



- Кальцификация артерий усиливалась у пациентов, получающих варфарин, по сравнению с группой контроля

Настороженность в отношении приема варфарина (АВК)

Применение варфарина может способствовать развитию или дальнейшему углублению дефицита К и приводить к кальцификации почечных артерий, ухудшая функцию почек



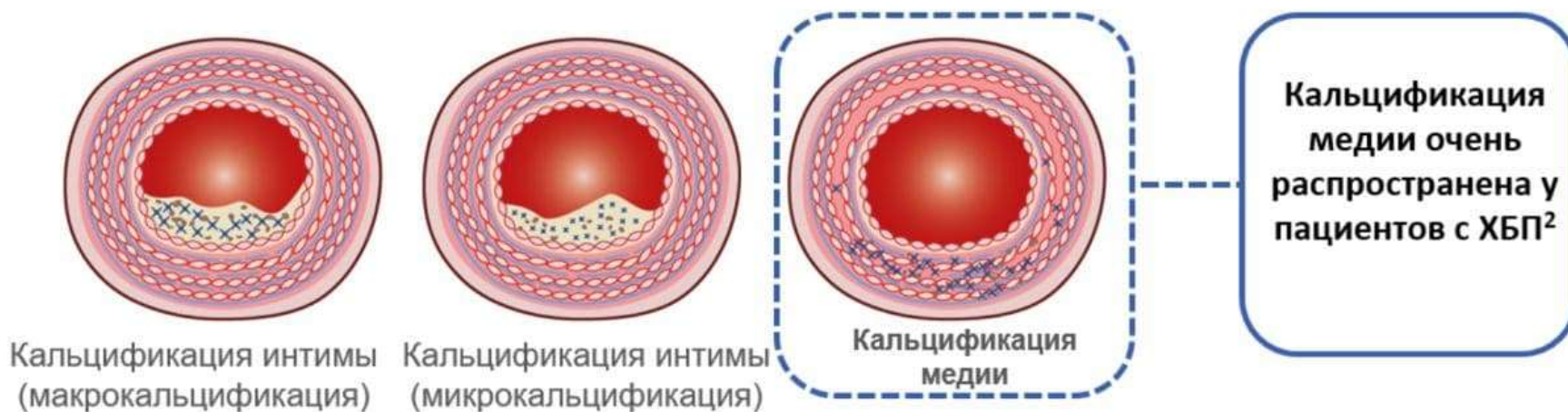
Процесс кальцификации сосудов на фоне приема варфарина на примере отложения кальция в артериях молочных желез у женщин

- ◆ После начала терапии варфарином распространенность артериальной кальцификации была на 50% больше, чем в контрольной группе больных женщин, не принимающих антикоагулянты (39% по сравнению с 25,9%; $p < 0,0001$)
- ◆ Так же есть зависимость выраженности артериальной кальцификации от длительности терапии варфарином

Прием АВК может повышать риск кальцификации меди и интимы за счет витамин К зависимого механизма



MGP является основным ингибитором кальцификации сосудов, и витамин К требуется для полной активности MGP¹



EHRA 2018: пациентам с ФП рекомендован регулярный контроль функции почек, даже если у них нет диагноза ХБП



Практические рекомендации Европейской ассоциации аритмологов (EHRA) по применению прямых ОАК у пациентов с ФП

Частота контроля функции почек	Группы пациентов, получающие ОАК
Ежегодно	Все пациенты с ФП
* 1 раз в «КлКр/10» месяц	Пациенты с ФП и КлКр \leq 60 мл/мин
Как минимум 1 раз в 6 месяцев	Пациенты \geq 75 лет (особенно при терапии дабигатраном) или у ослабленных пациентов [#]
По потребности	Каждый раз при подозрении на ухудшение функции почек: <ul style="list-style-type: none">• инфекция• использование нефротоксичных сопутствующих препаратов• признаки гиповолемии и дегидратации

[#] – Определяется при наличии 3 или более критериев: беспричинная потеря веса; жалобы на утомляемость; снижение мышечной силы рук; замедленная ходьба или низкая физическая активность

Изменения в шкале CHA2DS2-VASc

Клинические характеристики		Баллы
C	Недавнее обострение ХСН вне зависимости от ФВ, клинические симптомы ХСН, тяжелая и средняя систолическая дисфункция ЛЖ, гипертрофическая кардиомиопатия.	1
H	Артериальная гипертензия или прием антигипертензивных препаратов (целевое АД при ФП: САД 120-129, ДАД<80 мм рт.ст.)	1
A	Возраст более 75 лет	2
D	Сахарный диабет 1 и 2 типа или прием сахароснижающих препаратов	1
S	Инсульт\ ТИА\ СТЭ в анамнезе	2
V	Сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (в т.ч. ангиографически подтвержденная ИБС)	1
A	Возраст 65-74 года	1
S	Женский пол	1

Изменения в шкале HAS-BLED

Клинические характеристики		Баллы
H	Неконтролируемая АГ (САД>160 мм рт.ст.)	1
A	Нарушение функции почек и\или печени (диализ, трансплантация почки, креатинин>200, цирроз , билирубин *2 раза выше ВГН, АСТ\АЛТ\ алкалин фосфатаза *3 раза выше ВГН)	1 (за каждый)
S	Перенесенный ишемический или геморрагический инсульт	1
B	Кровотечения в анамнезе или предрасположенность к ним	1
L	Лабильное МНО у пациентов, получающих АВК	1
E	Пожилой возраст (старше 65 лет) или «хрупкий» пациент	1
D	Сопутствующий прием препаратов (антиагреганты и НПВС) и\или алкоголя («запой» или более 14 ед. (юнитов) в неделю)	1(за каждый)

ФП и РЧА 2020-2021

- Рекомендуется для устранения дисфункции ЛЖ у пациентов с ФП, когда она высока, вызвана тахикардией, независимо от статуса их симптомов.
- Следует рассмотреть возможность у отдельных пациентов с ФП с СН со сниженной систолической ф-цией ЛЖ для улучшения выживаемости и сокращения госпитализации с СН.

First-line therapy

AF catheter ablation:

- Is recommended to reverse LV dysfunction in AF patients when tachycardia-induced cardiomyopathy is highly probable, independent of their symptom status.
- Should be considered in selected AF patients with HFrEF to improve survival and reduce HF hospitalization.

I

IIa

AF ablation should be considered in symptomatic patients with AF and HFrEF to improve symptoms and cardiac function when tachycardia-induced cardiomyopathy is suspected.

IIa

Показания к РЧА

Симптомная ФП

пароксизмальная

Персистирующая без
значимого риска
рецидива

Персистирующая с
высоким риском
рецидива

Пароксизмальная или
персистирующая с
ХСН и низкой ФВ

Выбор пациента

Выбор пациента

Выбор пациента

Выбор пациента

ААТ

РЧА

ААТ

РЧА

ААТ

РЧА

ААТ

РЧА

ААТ неэффективна

РЧА

Амиодарон в рекомендациях 2020-2021

- рекомендуется для длительного контроля ритма у всех пациентов с ФП, в том числе с СН высокой ФВ. Однако, из-за его экстракардиальной токсичности, по возможности следует в первую очередь рассматривать другие ААП.

Recommendations for long-term antiarrhythmic drugs

Amiodarone is recommended for long-term rhythm control in all AF patients, including those with HFrEF. However, owing to its extracardiac toxicity, other AADs should be considered first whenever possible.

I

Amiodarone is more effective in preventing AF recurrences than other AAD, but extracardiac toxic effects are common and increase with time. For this reason, other AAD should be considered first.

IIa

ФП с нормальной ф-цией ЛЖ

- Флекаинид или пропафенон рекомендуются для длительного контроля ритма у пациентов с ФП с нормальной функцией ЛЖ и без структурных заболеваний сердца, включая выраженную ГЛЖ и ишемию миокарда.



ФП с нормальной ф-цией ЛЖ

- Дронедарон (Мультак) рекомендуется для длительного контроля ритма у пациентов с ФП с:
- Нормальной или слегка нарушенная (но стабильная) функция ЛЖ
- СН с сохраненной систолической ф-цией ЛЖ, ИБС или клапанными пороками.



- У пациентов с ФП, принимающих **соталол**, рекомендуется тщательный мониторинг интервала QT, уровня калия в сыворотке крови, CrCl и других факторов риска проаритмии.
- Терапия ААП не рекомендуется пациентам с постоянной ФП и пациентам с серьезными нарушениями проводимости, если не предусмотрена антибрадикардия.

In AF patients treated with sotalol, close monitoring of QT interval, serum potassium levels, CrCl, and other proarrhythmia risk factors is recommended.

I

B

AAD therapy is not recommended in patients with permanent AF under rate control and in patients with advanced conduction disturbances unless antibradycardia pacing is provided.

III

C

Ведение в период беременности

- Пациенткам с ФП рекомендуется терапевтическая антикоагуляция гепарином или АВК в зависимости от срока беременности.



- Немедленная электрическая кардиоверсия рекомендуется в случае гемодинамической нестабильности или ФП с предвозбуждением желудочков.

Спасибо за внимание!

