



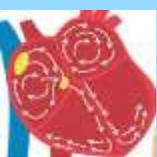
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ у больных с хронической сердечной недостаточностью

Автор:

Приколота О.А., к.мед.н., доцент кафедры терапии им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО
Ракитская И.В., к.мед.н., доцент кафедры терапии им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО

**«Избранные вопросы терапии.
Посвящёна памяти профессора А.И. Дядыка»**

Донецк, 7 июня 2024 года



Эпидемиология

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и фибрилляция предсердий (ФП) встречаются у 1-2% населения, и их распространенность прогрессивно увеличивается с возрастом.

ХСН поражает более 50% пациентов с ФП, в то время как распространенность ФП увеличивается пропорционально тяжести ХСН, достигая 40-50% пациентов с функциональным классом IV по NYHA.

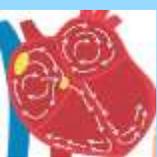
В Европейском регистре Get With The Guidelines-Heart Failure Registry, который охватывал > 400 000 больных ХСН с умеренно сниженной и сохранной ФВЛЖ – ФП была выявлена у 52,7 % и 50,1 % соответственно

ХСН

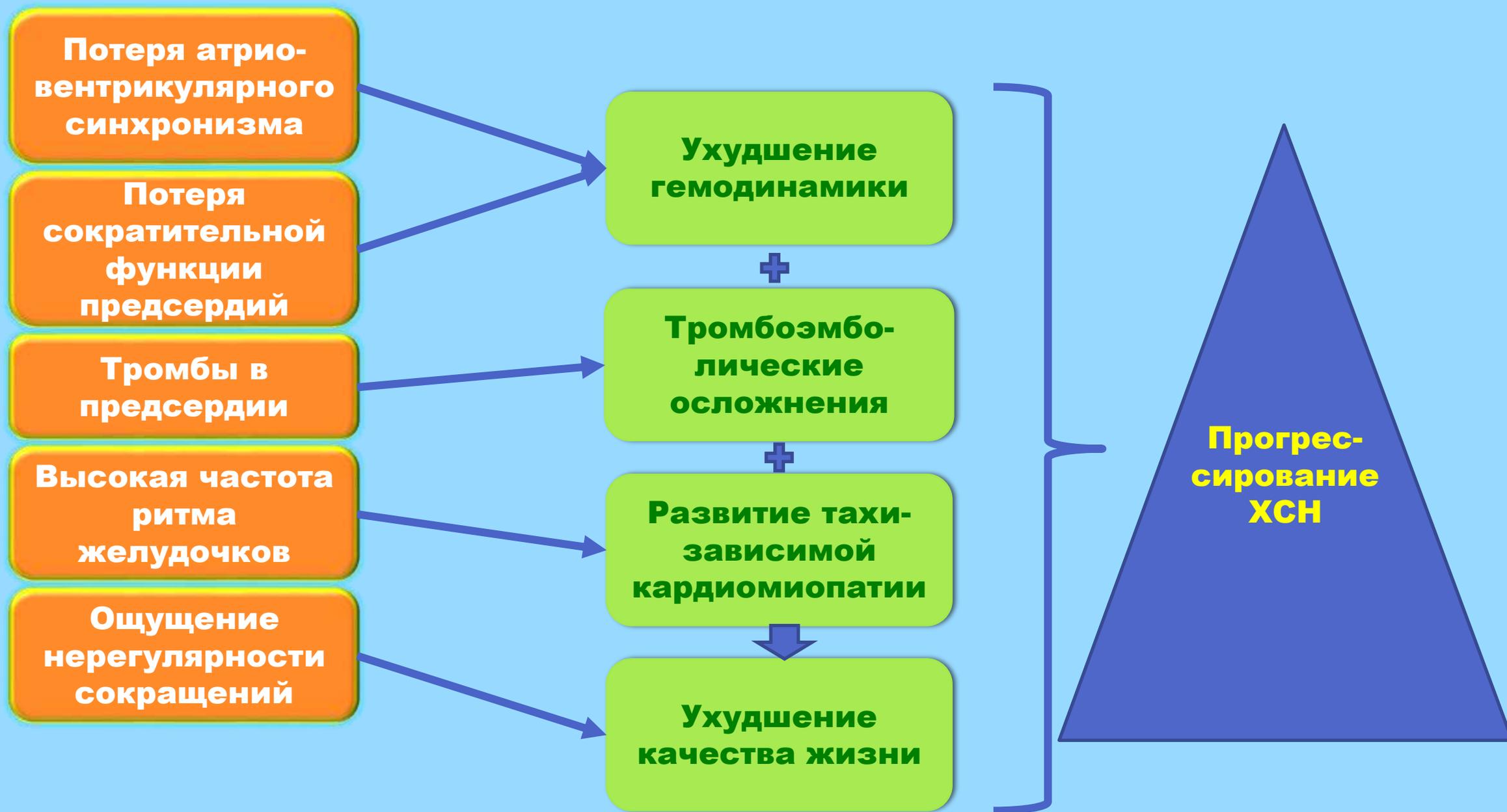
↑ Риск ФП в 6-7 раз, в т.ч. при бессимптомной дисфункции ЛЖ

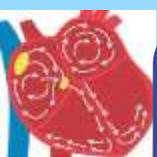
↑ Риск острой СН, ↑ общую и сердечно-сосудистую смертность

ФП



Клинические последствия развития ФП





Типы и триггеры ФП

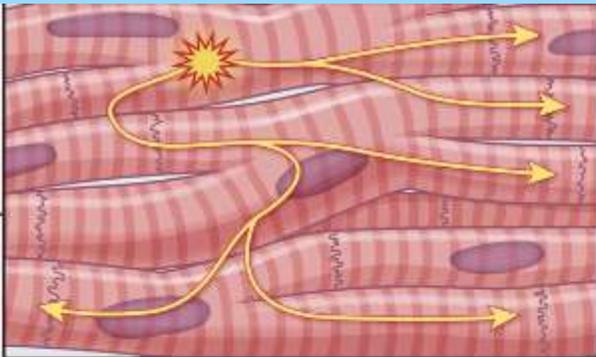
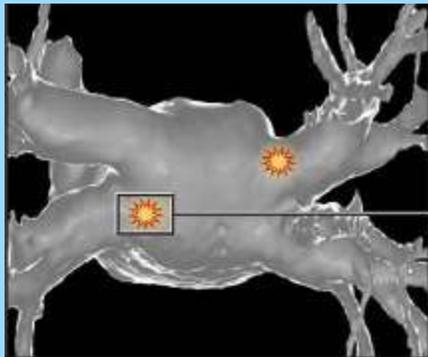
**Механизм
начала и
персистенции
ФП**

**Анатомия
предсердий**

**Субстрат
предсердий**

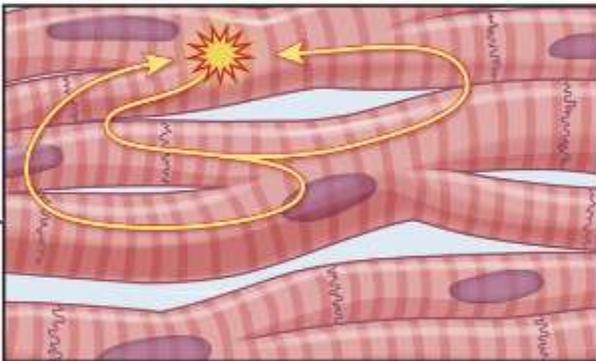
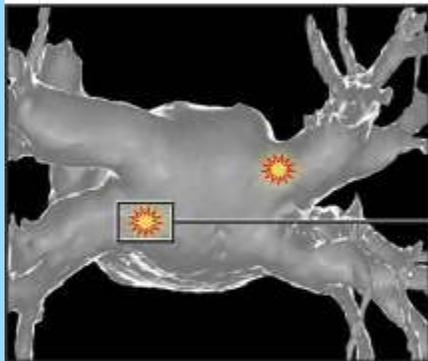
**Клиническая
форма**

**Триггер -
эктопический
очаг в легочных
венах**



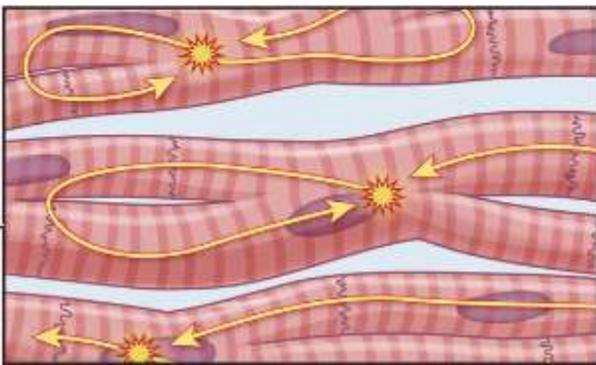
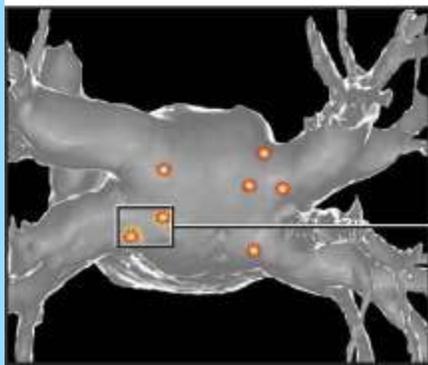
**Пароксизмальная
ФП**

**Триггер,
электрическое
ремоделирование
и фиброз**

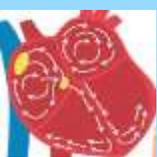


**Персистирующая
ФП**

**Электрическое
ремоделирование
и фиброз с или
без триггеров**

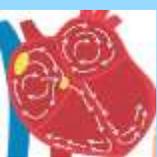


**Длительно
персистирующая
ФП**



Стратегические подходы к ведению больных ХСН и ФП



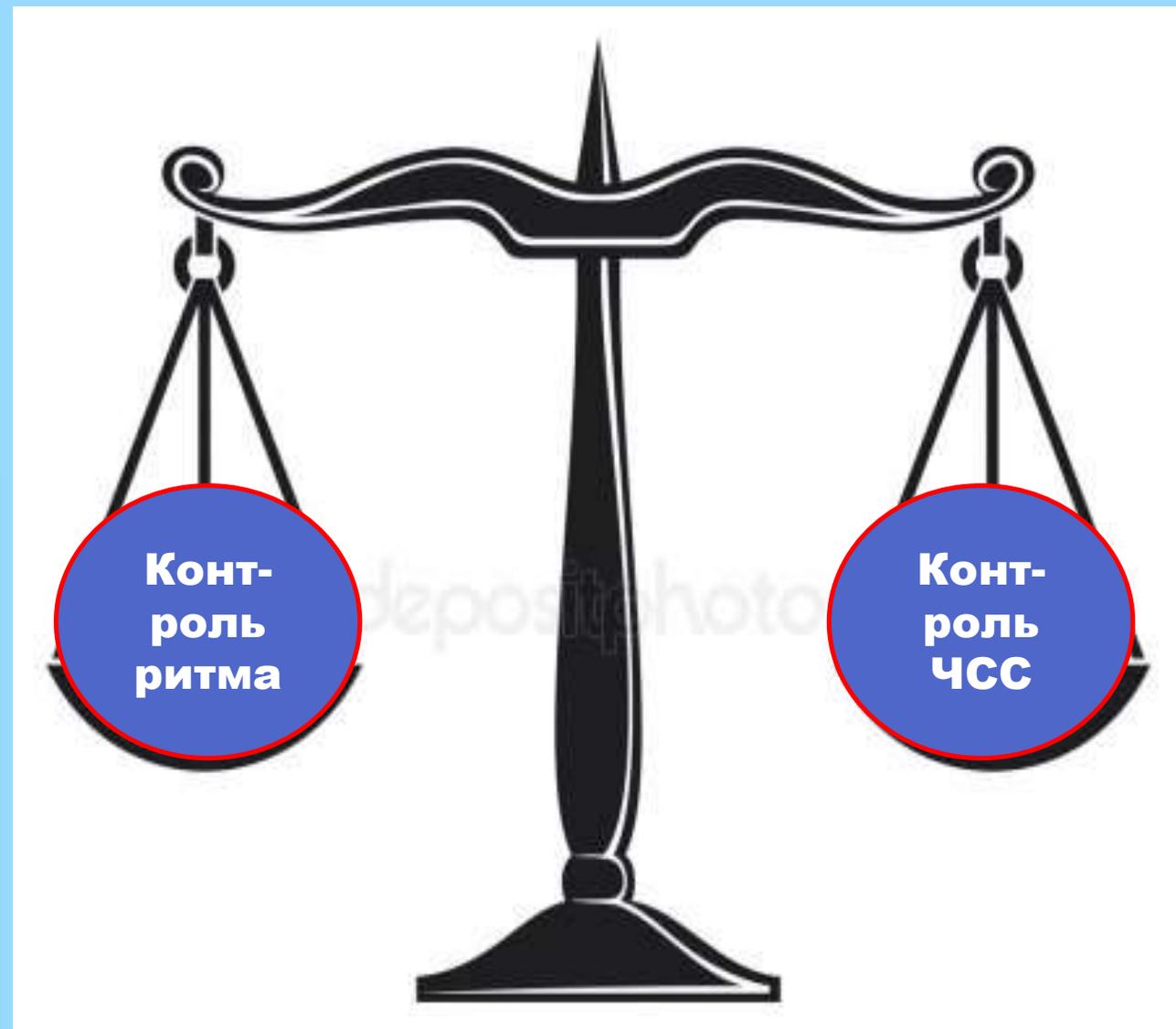


Контроль ритма или контроль частоты при ФП?

Метаанализ 7 исследований (PIAF, AFFIRM, RACE, STAF, HOT SAFE, AF CNF) не выявили преимущества контроля ритма над контролем частоты

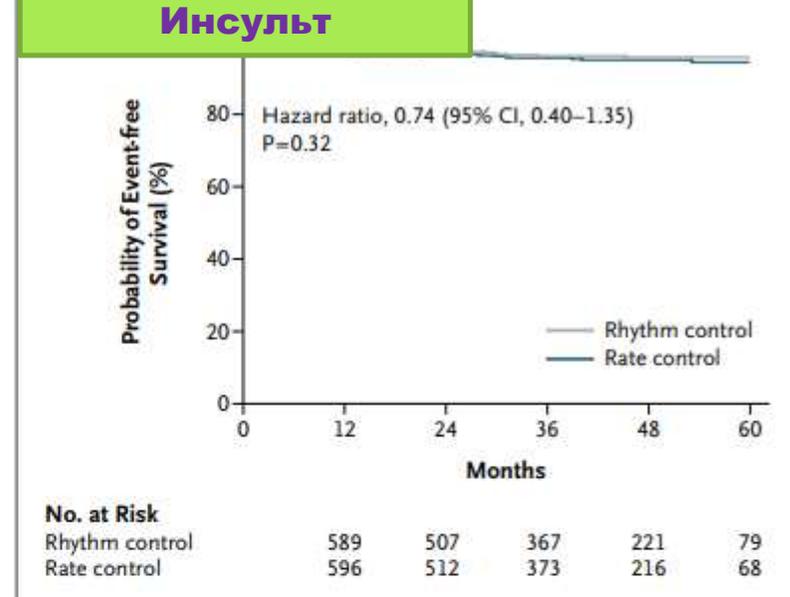
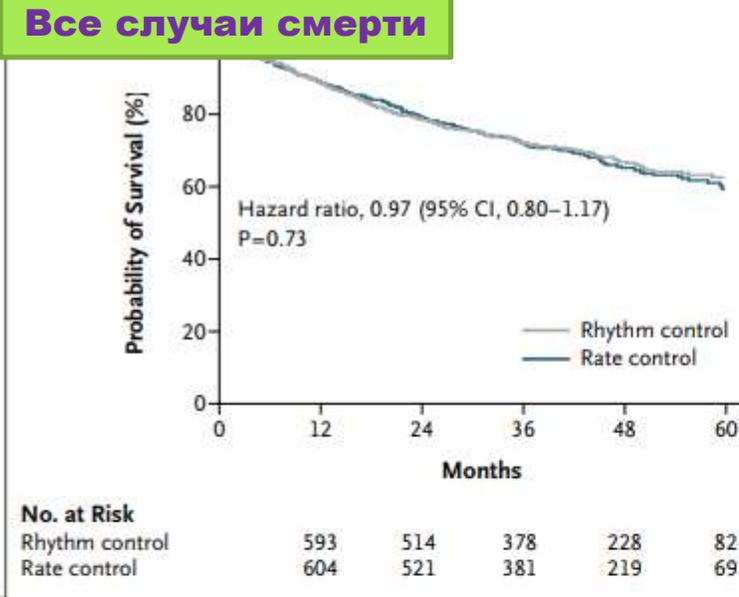
Ограничения этих исследований:

- **Использовались только** противоаритмические препараты
- **Лишь у ~ 40 % удалось удержать** СР до конца исследования
- **Самым эффективным препаратом** был амиодарон, **имеющий** неблагоприятный **профиль** переносимости **и** побочных эффектов
- **В исследования не** включались лица с ХСН
- **Не** использовались **высокотехнологические** методы **поддержания** СР – РЧА **и** криоабляция



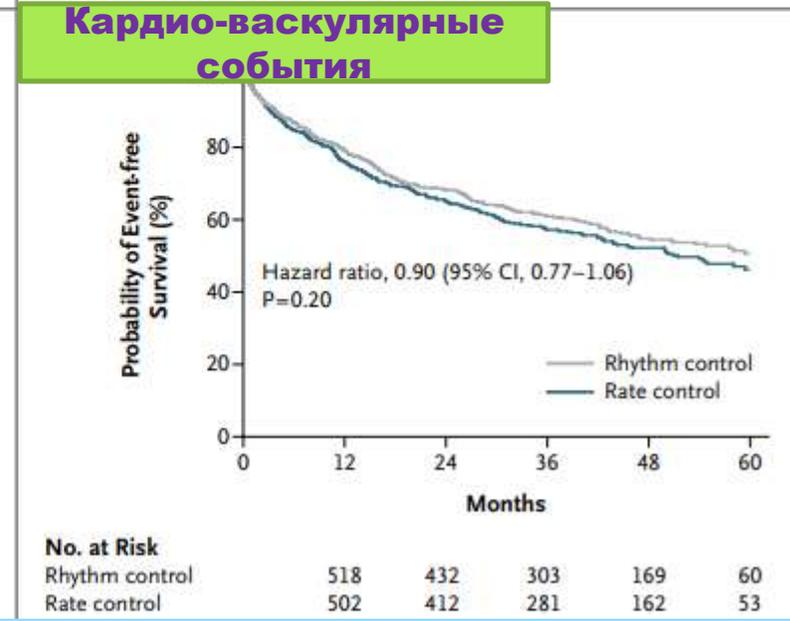
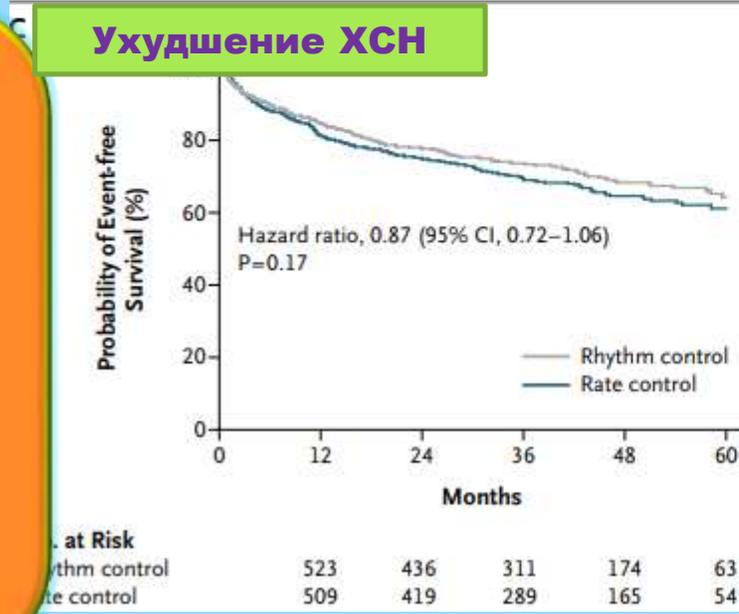
Lip G.Y., et al // Lancet. 2012; Vol. 379 (9816): 648–661

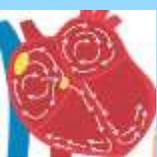
Контроль ритма или контроль частоты при ФП?



1376 пациентов с ХСН и ФП (682 в группе контроля ритма и 694 в группе контроля ЧСС).

Выводы: У пациентов с ФП и ХСН рутинная стратегия контроля ритма не снижает уровень смертности от сердечно-сосудистых причин по сравнению со стратегией контроля частоты



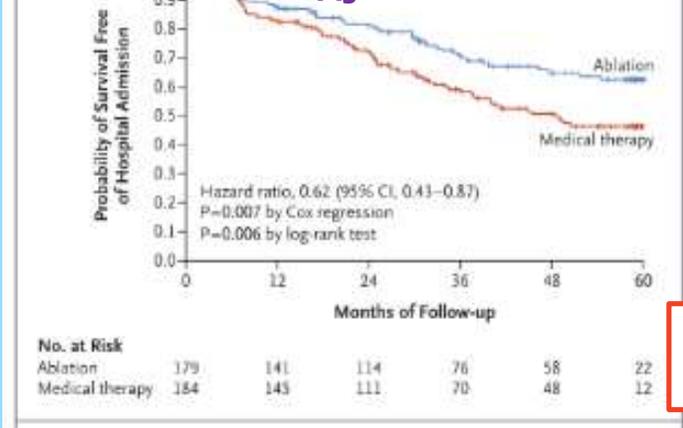


Контроль ритма или контроль частоты при ФП? Катетерная абляция

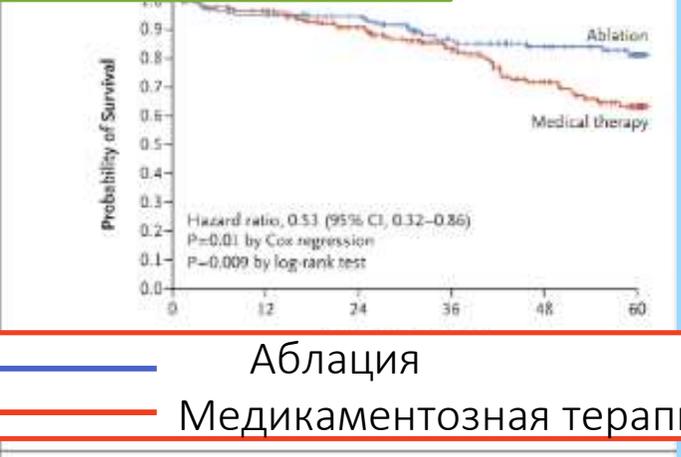
В 2018 году были опубликованы результаты исследования CASTLE-AF.

Рандомизация: 179 пац для контроля ритма методом катетрной абляции (КА) и 184 пац для контроля частоты в дополнение к терапии сердечной недостаточности на основе рекомендаций. Все пациенты имели ХСН класса II, III или IV по Нью-Йоркской кардиологической ассоциации, ФВ ЛЖ ≤ 35% и имплантированный кардиовертор-дефибриллятор.

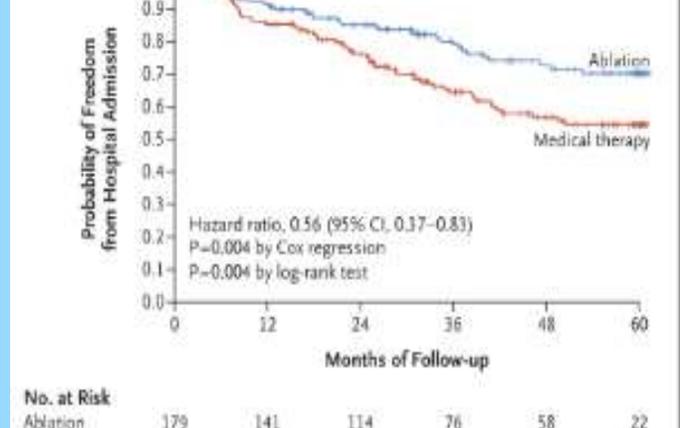
Смерть и госпитализация по поводу ХСН



Все случаи смерти



госпитализация по поводу ХСН



— Абляция
— Медикаментозная терапия

Срок наблюдения составил 37,8 месяцев.
Первичная комбинированная конечная точка (смерть и госпитализация по поводу ХСН) возникла в группе абляции реже, чем в группе медикаментозной терапии (28,5% против 44,6%; p=0,007). Значительно меньше пациентов в группе абляции умерли по любой причине (13,4% против 25,0%; p=0,01), были госпитализированы по поводу ухудшения сердечной недостаточности (20,7% против 35,9 %; p = 0,004)

Контроль ритма или контроль частоты при ФП? Катетерная абляция

Цель: исследовать связь между катетерной абляцией, смертностью и госпитализацией по поводу ХСН

Шведский регистр ХСН

Years 2005 - 2019

Группа абляции 452

Группа без абляции 43766

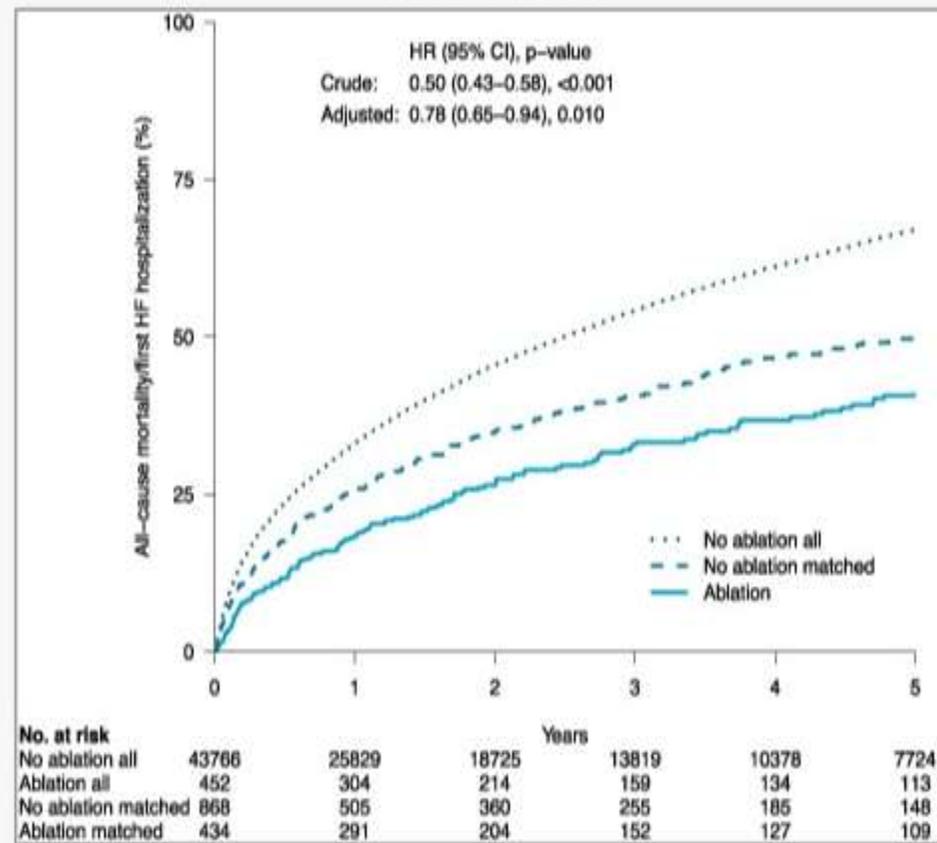
Согласование

Группа абляции 434

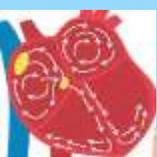
Группа без абляции 868

AF = atrial fibrillation, HF = heart failure, EF = ejection fraction, PS = propensity score, HR = Hazard ratio, CI = confidence interval

Primary outcome



Заключение:
 У пациентов с ХСН и низкой ФВЛЖ, катетерная абляция ассоциирована с низким риском всех случаев смерти и госпитализации по поводу ХСН



Ранняя или отсроченная КА при ФП и ХСН

Долговременные исходы у лиц с ФП и низкой ФВЛЖ в испытаниях ARC-HF и SAMTAF

102 пациента с персистирующей ФП ФВ 31±11 %, ФК II -IV

Randomised 1:1

Ранняя КА

Медикаментозная терапия

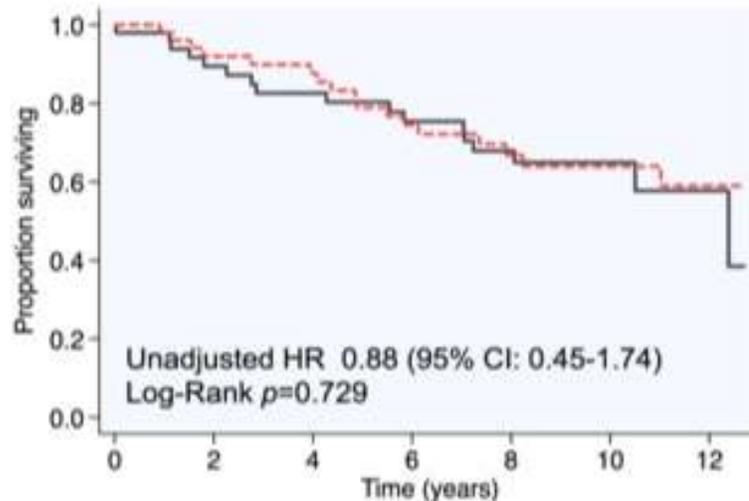
12 месяцев наблюдения

Отсроченная КА

Наблюдение 7,8 лет

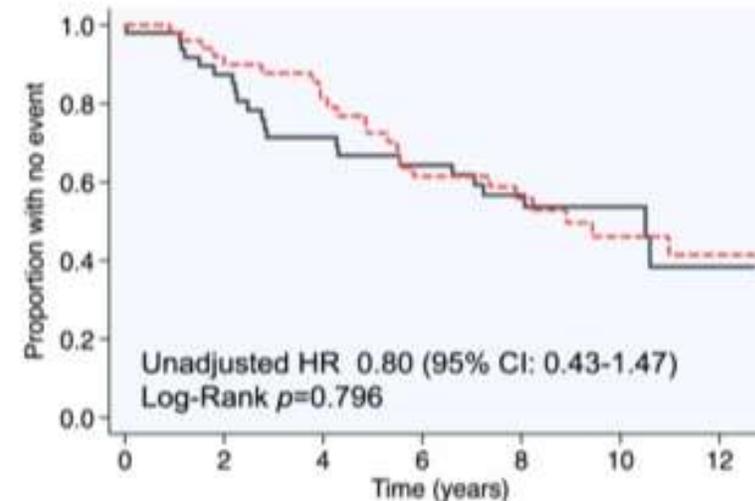
R.Zakeri et al/ Eurj.HF/ 2023, 77-86

Смерть



No. at risk	0	2	4	6	8	10	12
—	50	40	36	31	24	11	3
- - -	52	44	40	32	24	15	5

Смерть/госпитализация



No. at risk	0	2	4	6	8	10	12
—	50	39	31	26	19	9	2
- - -	52	43	37	26	19	11	2

— Delayed selective CA
- - - Early routine CA

Заключение: у пациентов с ФП и ХСН, ранняя КА улучшает исходы также как и отсроченная КА

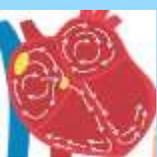


Контроль ритма или контроль частоты при ФП? Катетерная абляция

На основании данных нескольких метаанализов в 2023 ACC / AHA / ACCP / HRS Руководстве по диагностике и ведению фибрилляции предсердий



**У соответствующих пациентов с ФП и ХСН с низкой ФВЛЖ и с разумными ожиданиями процедурного эффекта (возможность сохранения синусового ритма) катетерная абляция полезна для улучшения симптомов, качества жизни, функции желудочков и снижения риска сердечно-сосудистых исходов.
Класс I, уровень доказательности A**



Контроль ритма или контроль частоты при ФП? Катетерная абляция



Конт-
роль
ЧСС

Конт-
роль
ритма
КА



Контроль частоты сердечных сокращений

Бета-адреноблокаторы
(бисопролол,
карведилол,
метопролола
сукцинат,
небиволол)

Являются
«краеугольным
камнем» в лечении ХСН
с низкой ФВ, улучшают
прогноз

**Блокаторы
кальциевых
каналов**
(верапамил,
дилтиазем)

Используются лишь у
пациентов в сохранной
или умеренно
сниженной ФВЛЖ

Дигоксин

Может использоваться у
больных и при
декомпенсации ХСН

Снижают ЧСС
только в покое

Амиодарон

Показано использование
при декомпенсации ХСН,
когда использование БАБ
и БКК невозможно

Единственный ПАП
не показавший
ухудшение
пригноза при ХСН

Используются
лишь при
отсутствии застоя
жидкости (БАБ
через 2 недели).
При ХСН с низкой
ФВ - БАБ
титруются.



Контроль частоты сердечных сокращений

Является ли частота сердечных сокращений маркером риска у пациентов фибрилляцией предсердий? Результаты метаанализа MAGGIC

В метаанализ Глобальной группы метаанализа хронической сердечной недостаточности (MAGGIC), были включены 3259 пациентов из 17 исследований. Исходом стала смертность от всех причин в течение 3 лет. Анализировалась ЧСС по терцилям (T1 ≤ 77 уд/мин, T2 78–98 уд/мин, T3 ≥ 98 уд/мин). Пациенты с наивысшим терцилем чаще были женщинами, с меньшей вероятностью имели ишемическую этиологию или диабет, имели более низкую фракцию выброса, но более высокое артериальное давление и класс по NYHA. Более высокая частота сердечных сокращений была связана с более высокой смертностью у пациентов с синусовым ритмом (СР), но не с ФП. (P = 0,10). После поправки на другие важные прогностические переменные более высокая частота сердечных сокращений больше не была связана с более высокой смертностью у пациентов с ФП и ХСН с низкой ФВ ЛЖ.

В этом метаанализе пациентов с ХСН частота сердечных сокращений не имеет такого же прогностического значения у пациентов с ФП, как у пациентов с СР, независимо от фракции выброса или лечения бета-блокаторами.



Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера-2 (глифлозины) при ХСН и ФП

Среди пациентов с ХСН и низкой фракцией выброса ЛЖ, пациенты с ФП могут по-другому реагировать на определенные виды лечения, чем пациенты без ФП. (Пример БАБ при ХСН и ФП)

В исследовании DAPA-HF («Дапаглифлозин и предотвращение неблагоприятных исходов при сердечной недостаточности») Дапаглифлозин по сравнению с плацебо снижал риск ухудшения течения СН, смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от всех причин, а также улучшал симптомы у пациентов с ФП и без нее. Дапаглифлозин не снижал риск развития новых форм ФП.

В исследовании EMPA-REG OUTCOME – эмпаглифлозин независимо от наличия ФП эмпаглифлозин уменьшал количество связанных с ХСН событий (госпитализация, смерть и т.д.)



Влияние фармакологического лечения ХСН на постоянную и вновь возникшую ФП

Главный механизм

гемодинамический

метаболический



- Бета-блокаторы
- ИАПФ/сартаны
- АМР



глифлозины



- Бета-блокаторы
- ИАПФ/сартаны
- АМР



глифлозины

прогноз

Профилактика
НОВЫХ
эпизодов ФП

ХСН с низкой ФВ ЛЖ

ФП

Без ФП

-

+

+

+

+

+

+

-

ХСН с сохранной ФВ ЛЖ

ФП

Без ФП

-

+

-

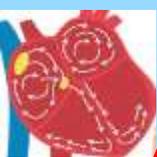
+

-

?

+

?



Профилактика тромбоэмболических осложнений

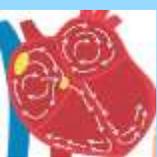
В Европейском регистре **Get With The Guidelines-Heart Failure Registry**, который охватывал > 400 000 больных ХСН с умеренно сниженной и сохранной ФВЛЖ – ФП была выявлена у **52,7 %** и **50,1 %** соответственно.

Пероральные антикоагулянты использовались у ~ **61 %** больных с наличием ФП, что по мнению авторов обзора, является **«удручающе малым»**.

По данным ряда метаанализов у больных ХСН и ФП количества баллов по шкале **CA2DS2-VASc ≥ 3** (то есть с учетом женского пола и нуждающихся в назначении пероральных антикоагулянтов) **превышает 96 %**

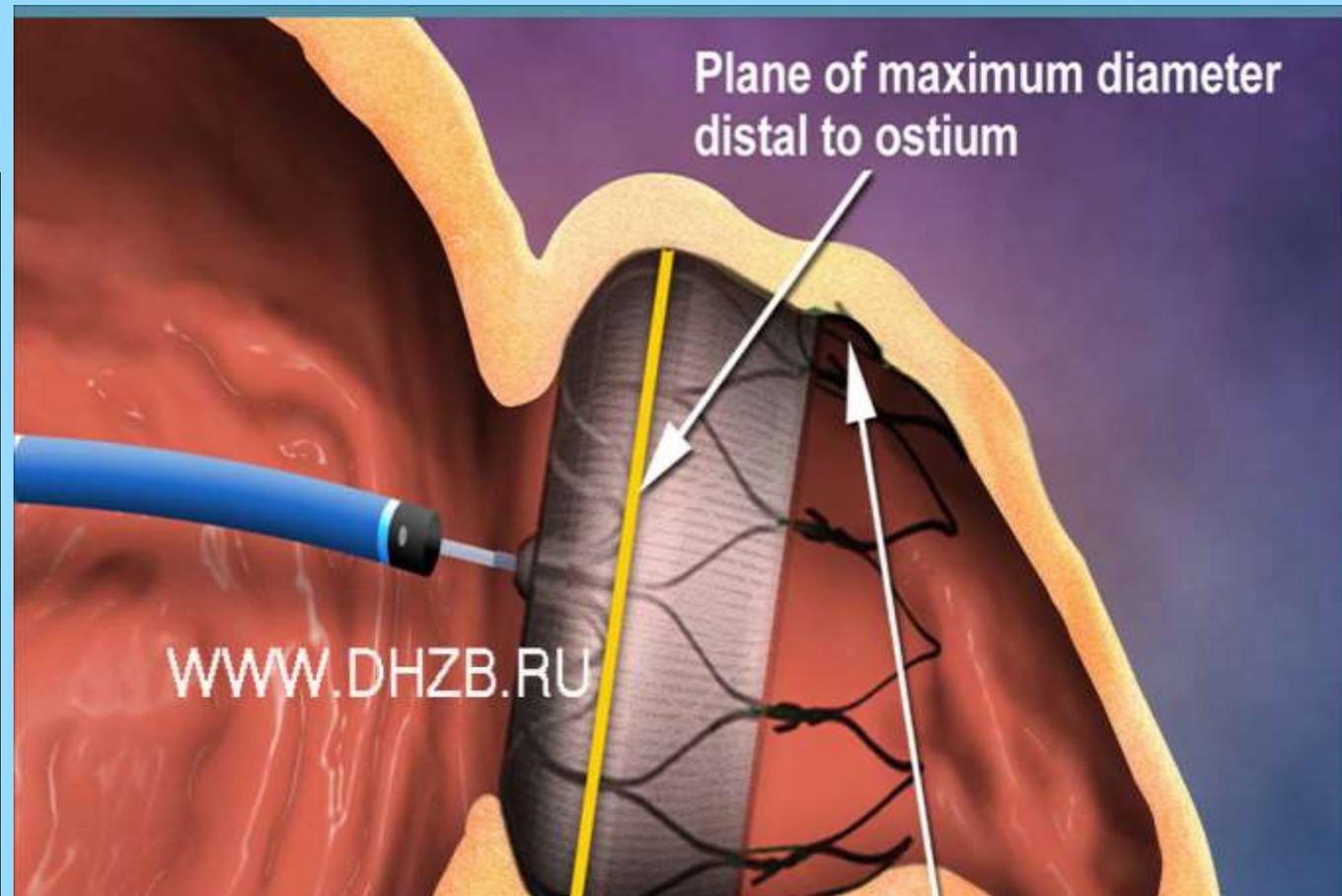
При отсутствии противопоказаний **всем пациентам с ХСН и пароксизмальной, персистирующей или постоянной ФП рекомендуется пероральный антикоагулянт длительного действия**. Прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) - (дабигатран, ривароксабан, апиксабан, эдоксабан) предпочтительны для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП и без тяжелого митрального стеноза и/или механических протезов клапанов, так как они имеют аналогичную эффективность с антагонистами витамина К (АВК), но имеют меньший риск внутрисерепных кровотечений.



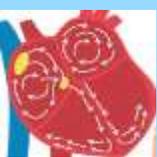


Профилактика тромбоэмболических осложнений

Окклюдер в ушке ЛП



Чрескожная окклюзия УЛП может рассматриваться у пациентов с ФП с повышенным риском инсульта, у которых противопоказания к длительной антикоагулянтной терапии



Профилактика тромбоэмболических осложнений

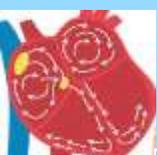
Проводился метаанализ 4 РКИ в который было включено > 19 000 пациентов с ФП и ХСН для оценки эффективности и безопасности прямых оральных антикоагулянтов

Результаты метаанализа

- Среди пациентов с ФП и ХСН ПОАК значительно снижали риск развития инсульта/системной эмболии (СЭ) на 14%
- НОАК на 24 % способствовали снижению риска больших кровотечений по сравнению с варфарином
- Независимо от высокой или низкой дозы ПОАК, частота как больших кровотечений, так и инсульта/СЭ у пациентов с ФП с ХСН была сходной с таковой без ХСН.

Выводы метаанализа:

ПОАК были одинаково эффективны или даже более безопасны (меньше внутричерепных кровоизлияний) у пациентов с ФП с ХСН по сравнению с пациентами без СН.



Факторы риска ХСН	Стратегия
Малоподвижный образ жизни	Регулярная физическая нагрузка
Курение	Прекращение активного и пассивного курения
Ожирение	Физическая активность и малокалорийная диета
Чрезмерное употребление алкоголя	Общая популяция: отказ от алкоголя/употребление небольшого количества алкоголя полезно Пациенты с алкогольной КМП должны воздерживаться от употребления алкоголя.
Грипп	Вакцинация против гриппа
Кардиотоксические препараты (напр., антрациклины)	Мониторинг сердечной функции и побочных эффектов, адаптация дозы, смена химиотерапии
Облучение грудной клетки	Мониторинг сердечной функции и побочных эффектов, адаптация дозы
Гипертензия	Антигипертензивная терапия
Дислипидемия	Здоровая диета, статины
Сахарный диабет	Коррекция стиля жизни, глиптины (ИНГЛК-2)

**МИРА и
ЛЕТНЕГО
НАСТРОЕНИЯ !**

