DOC.DORICLUB.kg

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

ОТ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ





ЛЕКТОР

Ионин Валерий Александрович

д.м.н., доцент, старший научный сотрудник, руководитель КД аритмологического центра

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. ак. Г.Ф. Ланга

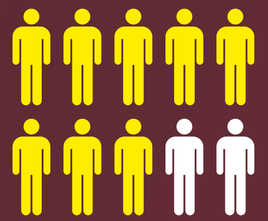
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ФП)

40+

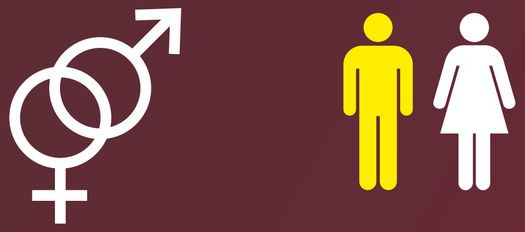


У 1 ИЗ 4 ВЗРОСЛЫХ
40 ЛЕТ И СТАРШЕ
В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ РАЗОВЬЕТСЯ ФП

65+



8 ИЗ 10 ВЗРОСЛЫХ
СТРАДАЮТ ФП ИЛИ ТП
В ВОЗРАСТЕ 65 И СТАРШЕ



У МУЖЧИН **НА 13% ЧАЩЕ**
РАЗВИВАЕТСЯ ФП
В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ, ЧЕМ У ЖЕНЩИН

ТП – трепетание предсердий,

Global Burden of Disease Collaborative Network (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Accessed 2018-04-20
Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D et al. (2004) Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation 110 (9): 1042-1046.

ФАКТОРЫ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФП



ФП – фибрилляция предсердий; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ХБП = хроническая болезнь почек; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) European Heart Journal (2020) 00, 1—126

С УЧЕТОМ ТЕЧЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ АРИТМИИ ВЫДЕЛЯЮТ 4 ТИПА ФП[1]

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ФП

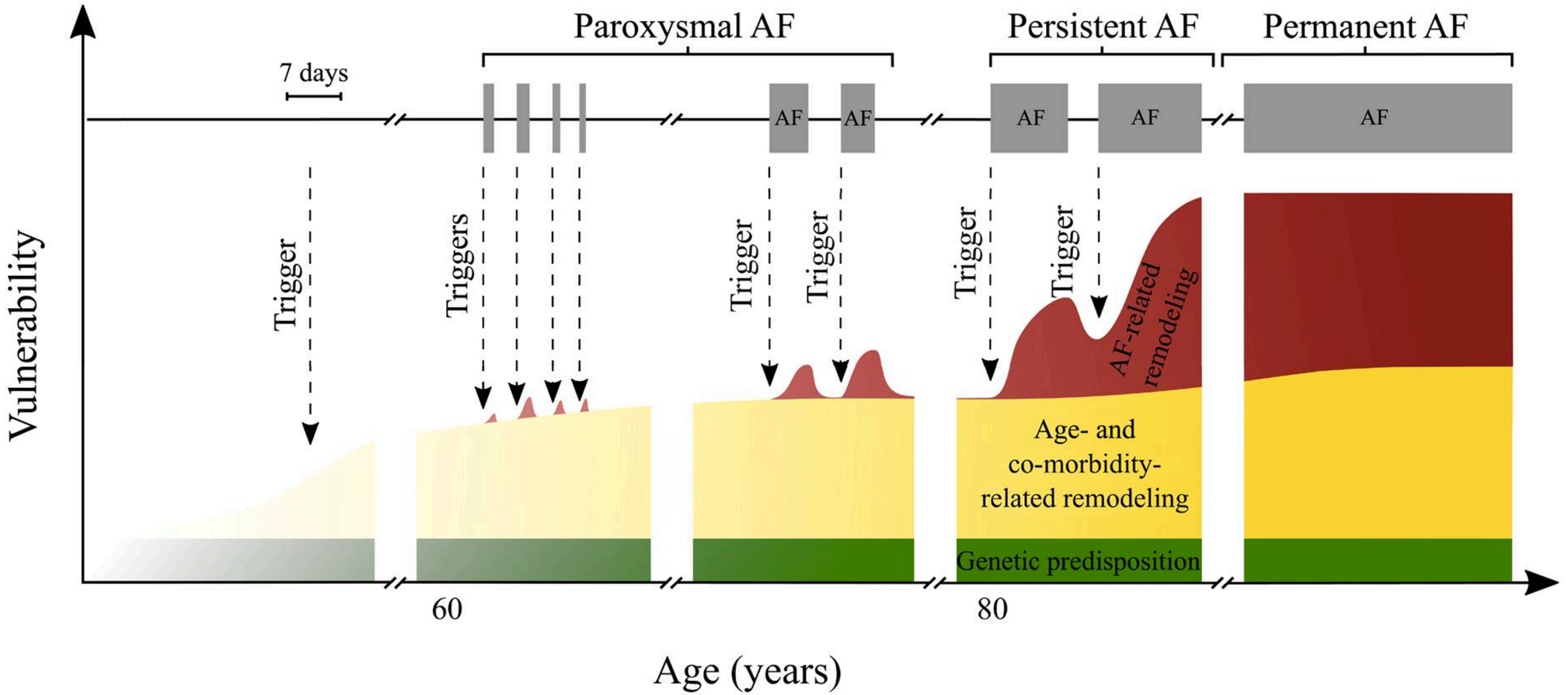
РЕКОМЕНДАЦИИ ESC 2024 “ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ”

Классификация по характеру течения и длительности аритмии	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Впервые диагностированная ФП	ФП, которая ранее не диагностировалась, независимо от состояния симптомов, характера течения и длительности
Пароксизмальная ФП	ФП, которая прекращается самопроизвольно в течение 7 дней или при специальном вмешательстве. Данные свидетельствуют о том, что большинство самопроизвольных пароксизмов продолжаются менее < 48 часов.
Персистирующая ФП	Эпизоды ФП, которые не прекращаются самостоятельно. Во многих клинических исследованиях для определения персистирующей ФП использовали 7 дней в качестве порогового срока. Длительная персистирующая ФП условно определяется как непрерывная ФП продолжительностью не менее 12 месяцев, при которой контроль ритма все еще является возможным вариантом лечения у отдельных пациентов, что отличает ее от постоянной ФП.
Постоянная ФП	ФП, при которой не планируется дальнейших попыток восстановления синусового ритма, после совместного решения пациента и врача.

ФП – фибрилляция предсердий.

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

ПАТОГЕНЕЗ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ДИНАМИКЕ



ФИБРОЗ МИОКАРДА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ – ОСНОВНОЙ СУБСТРАТ РАЗВИТИЯ ФП

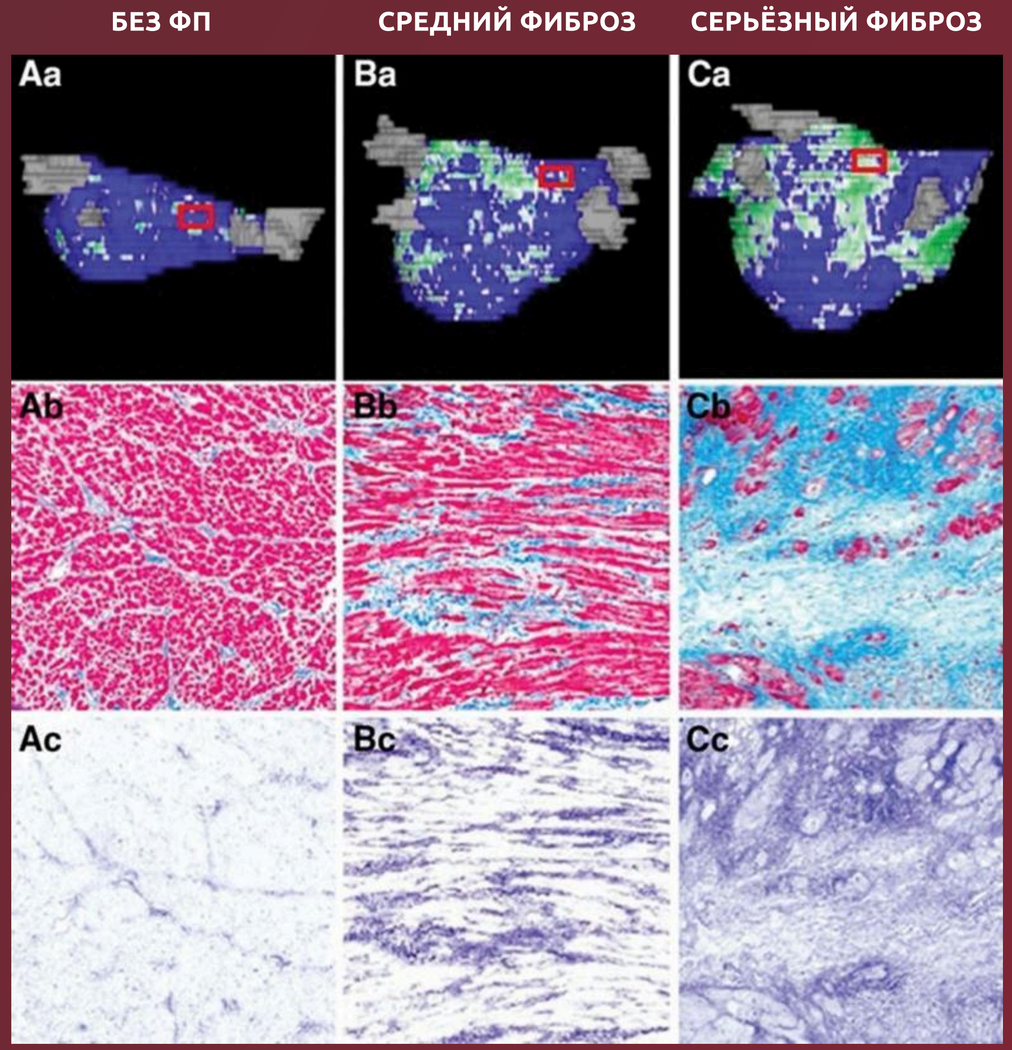
СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СТЕНКИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ КОРРЕЛИРУЕТ С ОБРАЗЦАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БИОПСИИ

Контрольный пациентбез ФП показан на визуализациях **Aa–Ac,**
пациент сфибрилляцией предсердий (ФП)
и изменениями средней тяжести на визуализациях **Ba–Bc**,
и пациент с ФП и серьёзными изменениями показан на **Ca–Cc**.

Трехмерная визуализация **(Aa–Ca)** показывает:
фиброз / структурное ремоделирование – зеленый цвет
нормальная ткань – синий цвет

Изменения в тканях **(Ab–Cb)**:
коллаген – голубой цвет, и кардиомиоциты – красный цвет

Красный квадрат показывает место биопсии

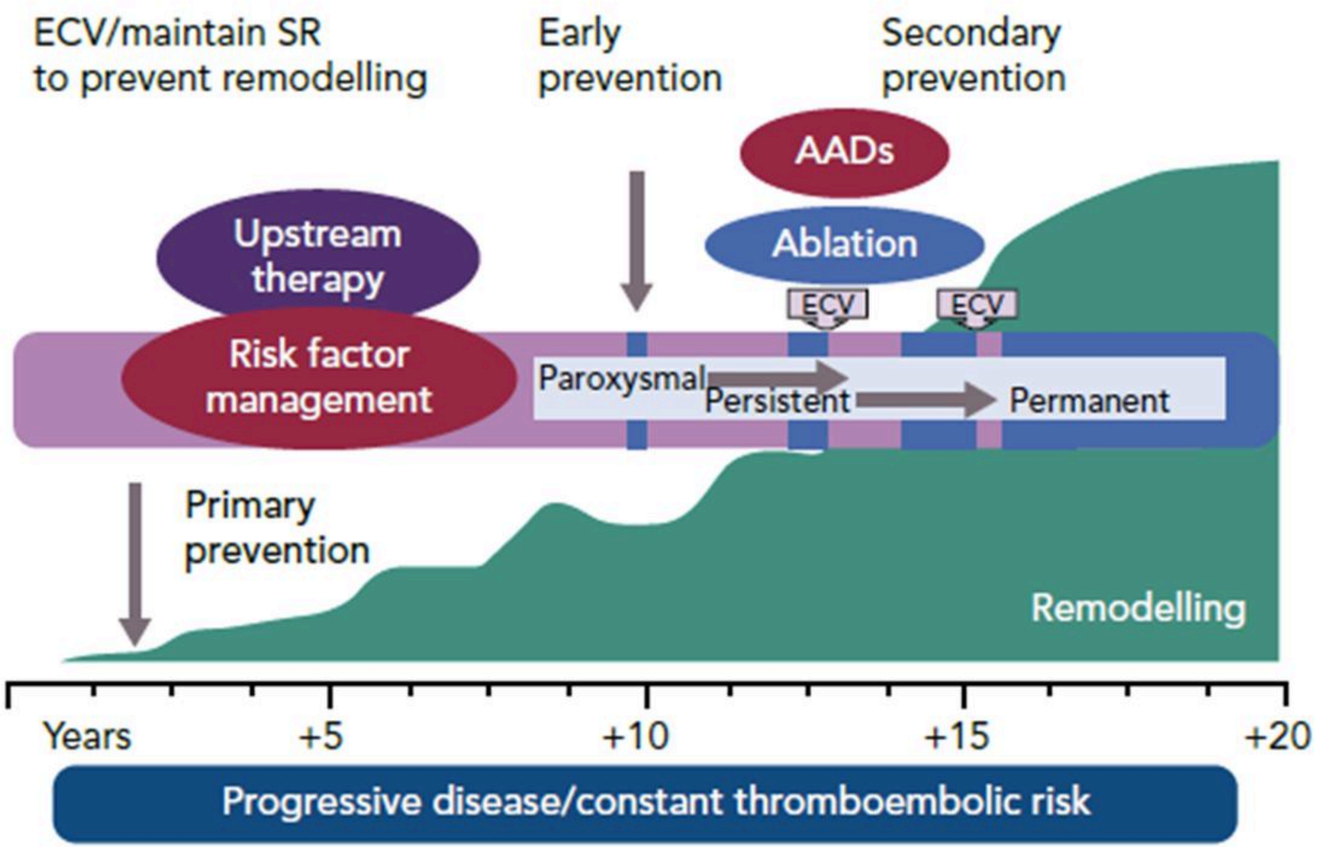


Christopher McGann et al. CircArrhythmElectrophysiol. 2014;7:23-30\
Copyright © American Heart Association, Inc. All rights reserved.

ПАТОГЕНЕЗ ФП – МНОГОФАКТОРНЫЙ И АССОЦИИРОВАН С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПАТОГЕНЕЗА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ



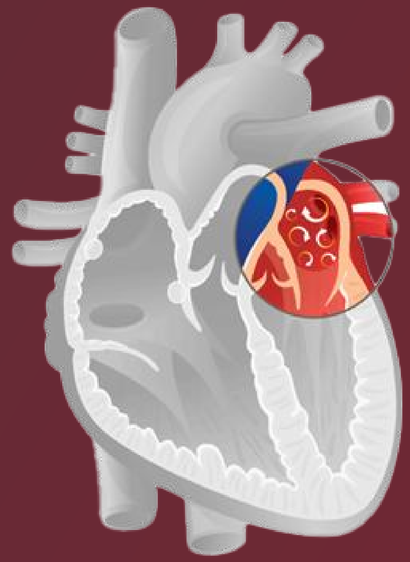
ПОСЛЕДСТВИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

СТРУКТУРНЫЕ

- Увеличение предсердий
- Систоличекая/диатолическая СН
- Нарушения в проводящей системе

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ

- Гипотензия
- Микроваскулярная дисфункция
- Уменьшение сердечного выброса
- Системное воспаление



СИМПТОМЫ

- Слабость
- Сердцебиение
- Одышка
- Когнитивные нарушения
- Отек
- Ухудшение качества жизни

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ

- Пароксизмальная ФП → Персистирующая/хроническая ФП
- Дисфункция синусового узла
- Желудочковые тахиаритмии
- Абберантное проведение

СН – сердечная недостаточность

Bunch TJ, Gersh BJ. Rhythm control strategies and the role of antiarrhythmic drugs in the management of atrial fibrillation: focus on clinical outcomes. J Gen Intern Med. 2011 May;26(5):531-7. doi: 10.1007/s11606-010-1574-8. Epub 2010 Nov 25. PMID: 21108047; PMCID: PMC3077493.

ПОСЛЕДСТВИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА СМЕРТИ В 1,5-3,5 РАЗА

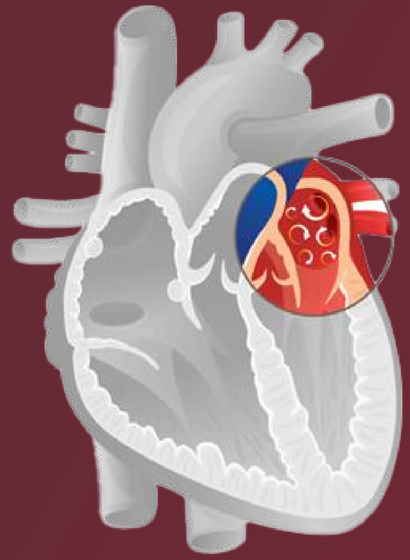
- СН, коморбидные состояния
- Инсульт

20-30% ОТ ВСЕХ СЛУЧАЕВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, 10% - КРИПТОГЕННОГО ИНСУЛЬТА

- Кардиоэмболический
- Связанный с коморбидной сосудистой атеромой

ДИСФУНКЦИЯ ЛЖ/СН У 20-30% ПАЦИЕНТОВ С ФП

- Высокая ЧСС
- Нерегулярные сокращения желудочков
- Первичная причина ФП



УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ НА 10-40% В ГОД

Лечение ФП, связанное с СН, ОИМ или симптомами ФП

КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ / СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

- Поражение белого вещества головного мозга, воспаление
- Гипоперфузия
- Микроэмболия

ДЕПРЕССИЯ У 16-20% ПАЦИЕНТОВ С ФП

- Выраженные симптомы и ухудшение качества жизни
- Побочные эффекты ЛС

УХУДШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У >60% ПАЦИЕНТОВ С ФП

- Связано с бременем ФП, коморбидными заболеваниями, психологическими проблемами и приемом ЛС
- Тип личности

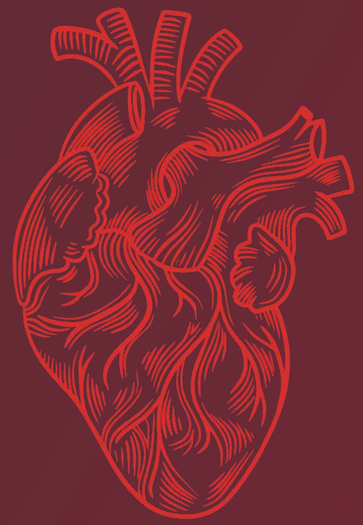
СН – сердечная недостаточность

Bunch TJ, Gersh BJ. Rhythm control strategies and the role of antiarrhythmic drugs in the management of atrial fibrillation: focus on clinical outcomes. J Gen Intern Med. 2011 May;26(5):531-7. doi: 10.1007/s11606-010-1574-8. Epub 2010 Nov 25. PMID: 21108047; PMCID: PMC3077493.

СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФП, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ESC 2024[1]

ESC 2020

- **A** АНТИКОАГУЛЯЦИЯ/ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА
- **B** КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ
- **C** КОНТРОЛЬ КОМОРБИДНОСТЕЙ/ ФАКТОРОВ РИСКА ССЗ



ESC 2024

- **C** УПРАВЛЕНИЕ КОМОРБИДНОСТЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА
- **A** ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА И ТРОМБОЭМБОЛИЙ
- **R** УМЕНЬШЕНИЕ СИМПТОМОВ ЗА СЧЕТ КОНТРОЛЯ ЧСС И РИТМА
- **E** ОЦЕНКА И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Адаптировано из Van Gelder IC, et al

ЧСС – частота сердечных сокращений; ФП – фибрилляция предсердий; AF-CARE, фибрилляция предсердий—[C] Управление коморбидностями и факторами риска, [A] Профилактика инсульта и тромбоэмболий, [R] Уменьшение симптомов за счет контроля ЧСС и ритма, [E] Оценка и динамическое наблюдение; ССЗ – сердечно-сосудистое заболевание

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176 2. Hindricks G, et al. Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021 Feb 1;42(5):373-498..

[C] - ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ФП НЕОБХОДИМ НАДЛЕЖАЩИЙ КОНТРОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА[1]

C УПРАВЛЕНИЕ КОМОРБИДНОСТЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Антигипертензивная терапия (Класс I)

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Эффективный контроль гликемии (Класс I)

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Диуретики при застойных явлениях (Класс I)

Надлежащая терапия СНнФВ (Класс I)

иНГЛТ-2 (Класс 1)

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС ИЛИ ОЖИРЕНИЕ

Диуретики при застойных явлениях (Класс I)

Бариатрическая хирургия при контроле ритма (Класс IIb)

ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА

Управление ОАС (Класс IIb)

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Индивидуальная программа упражнений (Класс I)

АЛКОГОЛЬ

Диуретики при застойных явлениях (Класс I)

ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА/ КОМОРБИДНОСТИ

Выявление и агрессивный контроль (Класс I)

Адаптировано из Van Gelder IC, et al

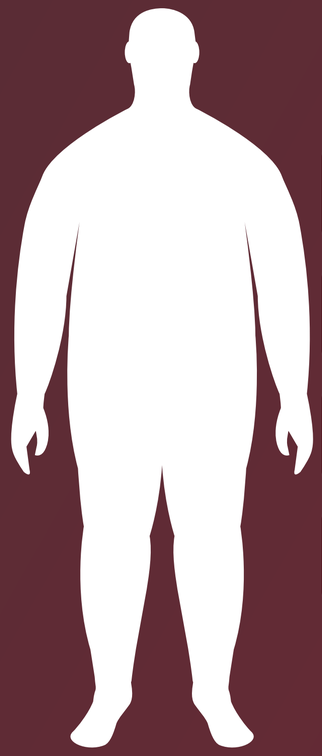
a. Снижение потребления алкоголя до ≤3 стандартных напитков (≤30 граммов алкоголя) в неделю

ФП – фибрилляция предсердий; СНнФВ – хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса; иНГЛТ-2 - ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа; ОАС – обструктивное апноэ сна;

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ ВЕСА НА ТЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

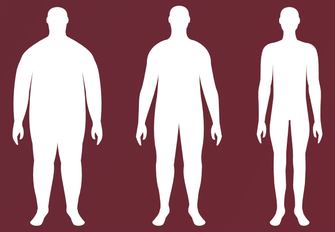
ДОЛГОСРОЧНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 1415 ОБСЛЕДОВАННЫХ (LEGACY)



- ГИПЕРТОНИЯ
- ДИАБЕТ
- АПНОЭ
- ВОСПАЛЕНИЕ

ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ВЕСОМ

СНИЖЕНИЕ ВЕСА

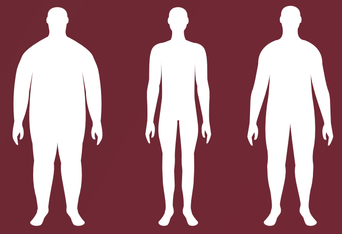


Влияние снижения веса на отсутствие аритмии в течение 5 лет

13%	Снижение на 3%
22%	Снижение на 3-9%
46%	Снижение на ≥10%

ТЯЖЕСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

КОЛЕБАНИЯ ВЕСА



Влияние колебаний веса на отсутствие аритмии в течение 5 лет

13%	Набор веса
22%	Колебания веса
46%	Линейное снижение веса

Rajeev K. Pathak et al. JACC 2015;65:2159-2169

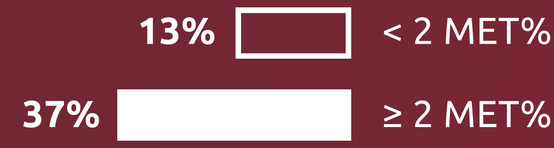
КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ ФИТНЕСС И ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: CARDIO-FIT



- СОСТАВ: ВОЗРАСТНОЕ И СИЛОВОЕ СООТВЕТСТВИЕ
- ЧАСТОТА: 3-5 ДНЕЙ
- ИНТЕНСИВНОСТЬ: НИЗКАЯ И СРЕДНЯЯ
- ВРЕМЯ: 60 – 200 МИНУТ В НЕДЕЛЮ
- ВИД: АЭРОБНЫЕ И СИЛОВЫЕ ТРЕНИРОВКИ
- ЧАСТОТА РИТМА: МОНИТОРИРОВАНИЕ, 85% 220-ВОЗРАСТ

СНИЖЕНИЕ ВЕСА + КОНТРОЛЬ САХАРА + КОНТРОЛЬ АД + КОНТРОЛЬ ХС + СНИЖЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ

ВЛИЯНИЕ КРФ СО СНИЖЕНИЕМ ВЕСА < 10% НА ПРИСТУПЫ ФП В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ



ТЯЖЕСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ВЛИЯНИЕ КРФ СО СНИЖЕНИЕМ ВЕСА ≥ 10% НА ПРИСТУПЫ ФП В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ **БЕЗ ТЕРАПИИ**



Rajeev K. Pathak et al. JACC 2015;65:2159-2169

КОМОРБИДНЫМ ПАЦИЕНТАМ С ФП РЕКОМЕНДОВАНА НАДЛЕЖАЩАЯ КОРРЕКЦИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА СОГЛАСНО ПОДХОДУ AF-CARE1

РЕКОМЕНДАЦИИ ESC 2024 «ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ»

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА	КЛАСС	УРОВЕНЬ
Выявление и управление факторами риска и сопутствующими заболеваниями рекомендуется как неотъемлемая часть ухода за пациентами с ФП	I	B
Лечение, направленное на снижение артериального давления, рекомендуется пациентам с ФП и АГ для уменьшения рецидивов и прогрессирования ФП, а также для предотвращения неблагоприятных сердечно-сосудистых событий	I	B
Применение диуретиков рекомендуется у пациентов с ФП, СН и застойными явлениями для облегчения симптомов и улучшения ведения ФП	I	C
Надлежащая медикаментозная терапия СН рекомендуется пациентам с ФП и сниженной фракцией выброса левого желудочка для уменьшения симптомов и/или госпитализаций по поводу СН, а также для предотвращения рецидивов ФП	I	B
Ингибиторы НГЛТ-2 рекомендованы пациентам с СН и ФП, независимо от фракции выброса левого желудочка, для снижения риска госпитализации по поводу СН и сердечно-сосудистой смерти	I	A

Новое Обновлено

ФП – фибрилляция предсердий; АГ – артериальная гипертензия; СН – сердечная недостаточность; иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортер 2-го типа

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

КОМОРБИДНЫМ ПАЦИЕНТАМ С ФП РЕКОМЕНДОВАНА НАДЛЕЖАЩАЯ КОРРЕКЦИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА[1]

РЕКОМЕНДАЦИИ ESC 2024 «ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ»

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА	КЛАСС	УРОВЕНЬ
Эффективный контроль уровня глюкозы крови рекомендуется как часть комплексного контроля факторов риска у лиц с СД и ФП для снижения бремени, рецидивов и прогрессирования ФП	I	C
Снижение веса рекомендуется как часть комплексного контроля факторов риска у людей с избыточным весом и ожирением, страдающих ФП, для уменьшения симптомов и бремени ФП, с целью снижения массы тела на 10% или более	I	B
Индивидуально подобранная программа физических упражнений для лиц с пароксизмальной или персистирующей ФП рекомендована для улучшения переносимости физических нагрузок и снижения рецидивов ФП	I	B
Снижение потребления алкоголя до ≤3 стандартных напитков (≤30 граммов алкоголя) в неделю рекомендуется как часть комплексного управления факторами риска для снижения рецидивов ФП	I	B
Бариатрическая хирургия может быть рассмотрена в сочетании с изменениями образа жизни и медикаментозным лечением у лиц с ФП и индексом массы тела ≥40 кг/м²а, когда планируется стратегия контроля ритма, для снижения рецидивов и прогрессирования ФП	IIB	C
Коррекция обструктивного апноэ сна может быть рассмотрена как часть комплексного управления факторами риска у лиц с ФП для снижения рецидивов и прогрессирования	IIB	B
При скрининге на обструктивное апноэ сна у лиц с ФП не рекомендуется использовать опросники, основанные только на симптомах	III	B

Новое Обновлено

ФП – фибрилляция предсердий; СД – сахарный диабет
a. Или индекс массы тела ≥35 кг/м² с осложнениями, ассоциированными с ожирением

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

[A] – ФОКУС НА ЗАЩИТЕ ПАЦИЕНТА ОТ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ[1]

A ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА И ТРОМБОЭМБОЛИЙ

РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЙ

- Начать прием ОАК (Класс I)
- Характер течения и длительность ФП не имеют значения (Класс III)
- Антиагрегантная терапия не является альтернативой ОАК (Класс III)

→ ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ВАЛИДИРОВАННОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА ИЛИ CHA_2DS_2-VA

- Диуретики при застойных явлениях (Класс I)
- ОАК при CHA_2DS_2-VA = 1 балл (Класс IIa)

→ ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТА

- Применять ПОАК за исключением пациентов с механическими клапанами сердца или митральным стенозома (Класс I)
- Если АВК, Целевое МНО 2,0 – 3,0; (Класс I)

  >70% МНО в целевом диапазоне; (Класс IIa)

  или переключить на ПОАК (Класс I)

→ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Определять и управлять всеми модифицируемыми факторами риска кровотечений (Класс I)
- Не использовать шкалы для оценки риска кровотечения для принятия решения о начале или отмене терапии ОАК (Класс III)

→ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Не комбинировать антиагреганты и ОАК для профилактики инсульта (Класс III)
- Избегать применения антиагрегантов спустя 12 месяцев у стабильных пациентов с ХКС/ заболеванием периферических сосудов, получающих ОАК (Класс III)

Адаптировано из Van Gelder IC, et al;
ФП – фибрилляция предсердий; ОАК – оральный антикоагулянт, ПОАК – прямой оральный антикоагулянт, АВК – антагонисты витамина К;
МНО – международное нормализованное отношение, ХКС – хронический коронарный синдром. a. Имеется в виду умеренный или тяжелый стеноз

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

ПАЦИЕНТАМ С ФП И ПОВЫШЕННЫМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ОАК[1]

РЕКОМЕНДАЦИИ ESC 2024 «ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ»

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА	КЛАСС	УРОВЕНЬ
Пациентам с клинической ФП и повышенным риском тромбоэмболических осложнений рекомендуется назначение пероральных антикоагулянтов с целью для профилактики ишемического инсульта и тромбоэмболии	I	A
Для принятия решения о начале терапии пероральными антикоагулянтами рекомендуется использовать 2 балла или более по шкале CHA2DS2-VA как индикатор повышенного риска тромбоэмболических осложнений	I	C
Всем пациентам с ФП и гипертрофической кардиомиопатией или амилоидозом сердца вне зависимости от оценки по шкале CHA2DS2-VA рекомендуется назначение пероральных антикоагулянтов в целью профилактики инсульта и тромбоэмболии	I	B
Пациентам с ФП рекомендуется регулярно проводить индивидуальную переоценку риска тромбоэмболических осложнений для того, чтобы обеспечить начало антикоагулянтной терапии у соответствующих пациентов	I	B
1 балл по шкале CHA2DS2-VA должен быть рассмотрен как индикатор повышенного риска тромбоэмболических осложнений при принятия решения о начале терапии пероральными антикоагулянтами	IIA	C
Терапия ПОАК может рассматриваться у пациентов с бессимптомной субклинической ФП, выявленной с помощью устройства, и повышенным тромбоэмболическим риском с целью профилактики ишемический инсульта и тромбоэмболии, исключая пациентов с высоким риском кровотечения	IIB	B
Пациентам с ФП не рекомендуется назначение антиагрегантов в качестве альтернативы антикоагулянтам с целью профилактики инсульта и тромбоэмболий	III	A
Не рекомендуется ориентироваться на длительность приступа ФП (пароксизмальная, персистирующая или постоянная) для определения в необходимости антикоагулятной терапии	III	B

ФП – фибрилляция предсердий, ОАК – пероральные антикоагулянты,

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176.

Новое

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИЮ ПОДЧЕРКИВАЮТ ВАЖНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ПОАК В КОРРЕКТНОЙ ДОЗИРОВКЕ БЕЗ ДОБАВЛЕНИЯ АНТИАГРЕГАНТА[1]

РЕКОМЕНДАЦИИ ESC 2024 «ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ»

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА	КЛАСС	УРОВЕНЬ
ПОАК предпочтительны по сравнению с АВК для профилактики ишемического инсульта и тромбоэмболии, за исключением пациентов с механическими протезами клапанов сердца или умеренным/ тяжелым стенозом митрального клапана	I	A
Пациентам, которым назначен АВК для профилактики инсульта, рекомендовано целевое значение МНО 2,0–3,0 для обеспечения безопасности и эффективности	I	B
Пациентам, которым не удается поддерживать адекватное время в терапевтическом диапазоне на фоне АВК (<70% времени в терапевтическом диапазоне), рекомендуется переход на ПОАК для предотвращения тромбоэмболии и внутричерепного кровоизлияния	I	B
У пациентов, принимающих АВК, следует рассматривать поддержание времени в терапевтическом диапазоне более 70%, осуществляя контроль МНО с соответствующей частотой, обучение и консультирование пациентов	IIA	A
Пациентам ≥75 лет с полипрагмазией, находящимся на клинически стабильной терапевтической дозе АВК, можно рассмотреть продолжение терапии АВК, а не переход на ПОАК для предотвращения риска кровотечения	IIB	B
Терапия ПОАК в сниженной дозе не рекомендуется, кроме тех пациентов, которые соответствуют критериям для снижения дозы ПОАК, с целью предупреждения приема ПОАК в недостаточной дозировке и профилактики предотвращаемых тромбоэмболических событий	III	B
Пациентам с ФП не рекомендуется добавление антиагрегантак пероральной антикоагулянтной терапии для предотвращения ишемического инсульта или тромбоэмболии	III	B

ФП – фибрилляция предсердий; АВК – антагонисты витамина К; ПОАК – прямой оральный антикоагулянт; МНО – международное нормализованное отношение

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176.

Новое

[R] – БОЛЬШИНСТВУ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ФП ТРЕБУЕТСЯ ТЕРАПИЯ И/ИЛИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КОНТРОЛЬ ЧСС И РИТМА[1]

R УМЕНЬШЕНИЕ СИМПТОМОВ ЗА СЧЕТ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ И РИТМА

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ФП:

- Впервые диагностированная ФП
- Пароксизмальная ФП
- Персистирующая ФП
- Постоянная ФП

РАССМОТРИТЕ:

- Препараты для контроля ЧСС
- Кардиоверсия
- Антиаритмическая терапия
- Катетерная аблация
- Хирургическая аблация
- Эндоскопическая/ гибридная аблация
- Аблация + ЭКС

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

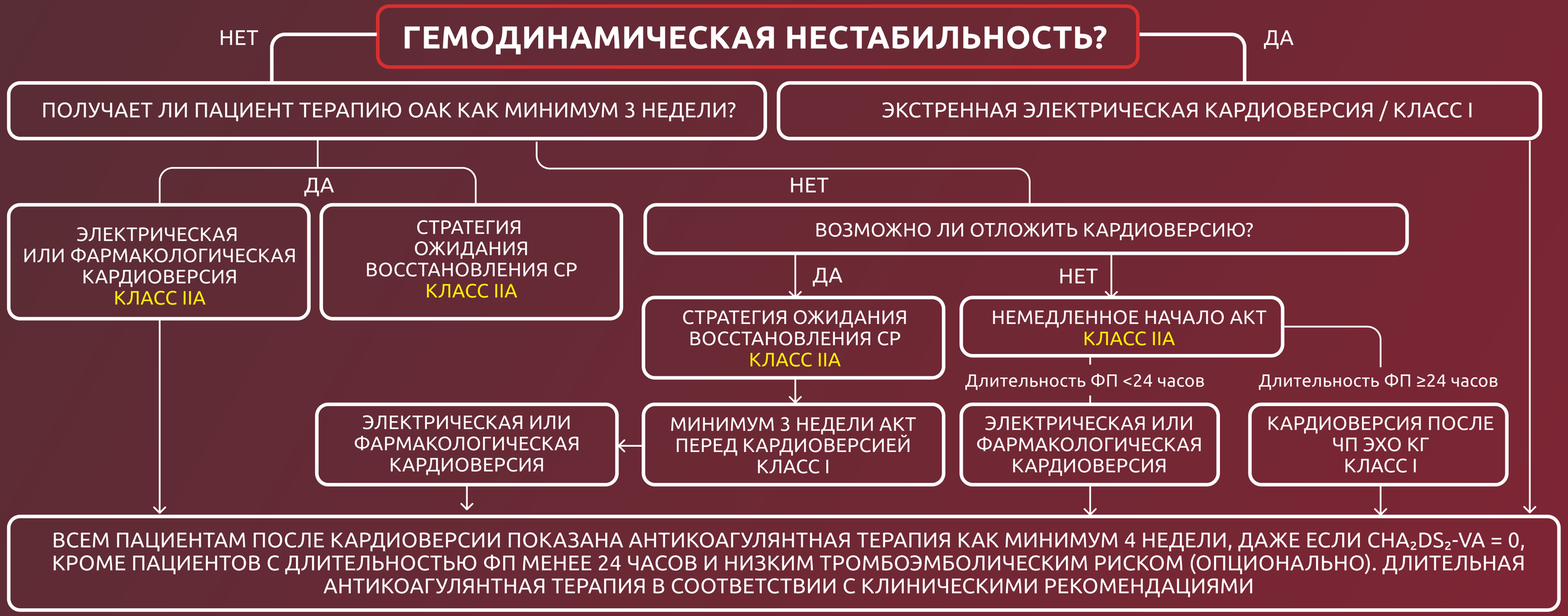
- **Контроль ЧСС:** БАБ (при любой ФВЛЖ), дигоксин (при любой ФВЛЖ) или дилтиазем/верапамил (ФВЛЖ >40%) как начальная терапия в острой ситуации, дополнительно методам контроля ритма или как единственную терапию ЧСС и симптомов
- **Контроль ритма:** следует рассмотреть у всех пациентов с ФП без противопоказаний кардиоверсию, антиаритмические препараты, а также катетерную или хирургическую аблацию для уменьшения симптомов и заболеваемости
- **Прежде всего безопасность:** учитывайте безопасность и АКТ, рассматривая вопрос контроля ритма. Задержите кардиоверсию и обеспечьте как минимум 3 недели АКТ до процедуры, если длительность ФП >24 ч.
- **Кардиоверсия:** электрическая кардиоверсия в случаях гемодинамической нестабильности, в остальных – электрическая или фармакологическая кардиоверсия в зависимости от характеристик и предпочтений пациента
- **Долгосрочный контроль ритма:** основное показание – снижение симптомов ФП и улучшение качества жизни
- **Успех или неудача контроля ритма:** АКТ следует продолжать в зависимости от индивидуального риска тромбоэмболии у пациента, независимо от того достигнут СР или нет

ФП – фибрилляция предсердий; ЧСС – частота сердечных сокращений; ЭКС – электрокардиостимулятор; СР – синусовый ритм; АКТ – антикоагулянтная терапия; БАБ – бета-адреноблокаторы; ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ОСТРОЙ И УХУДШАЮЩЕЙСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЛЕДУЕТ РАССМОТРЕТЬ СТРАТЕГИЮ ОЖИДАНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СР[1]

ПОДХОДЫ К КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФП



Адаптировано из Isabelle C Van Gelder, et al; ФП – фибрилляция предсердий; ОАК – оральные антикоагулянты; АКТ – антикоагулянтная терапия; ЧП ЭХО КГ – чреспищеводная эхокардиография; ЧСС – частота сердечных сокращений; СР – синусовый ритм;

1. Isabelle C Van Gelder, et al., 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, 2024;, ehae176,

СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ РИТМА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СИМПТОМОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АРИТМИЕЙ – УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

УСТАНОВИТЬ ПРИСУТСТВУЮТ ЛИ СИМПТОМЫ

ОТСУТСТВУЮТ

ИСКЛЮЧИТЬ НЕОСОЗНАННУЮ АДАПТАЦИЮ К СНИЖЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ДЛЯ ОЦЕНКИ СИМПТОМОВ

СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕНЫ ФП

ПРИСУТСТВУЮТ

СИМПТОМЫ

СИМПТОМЫ НЕ СВЯЗАННЫЕ С ФП → СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ ЧСЖ

СИМПТОМЫ СВЯЗАННЫЕ С ФП

НЕ ЯСНО ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНЫ → •ВОССТАНОВИТЬ СР И ОЦЕНИТЬ СИМПТОМЫ •ХОЛТЕР ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФП → СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕНЫ ФП

ОЦЕНИТЬ ФАКТОРЫ В ПОЛЬЗУ КОНТРОЛЯ РИТМА:

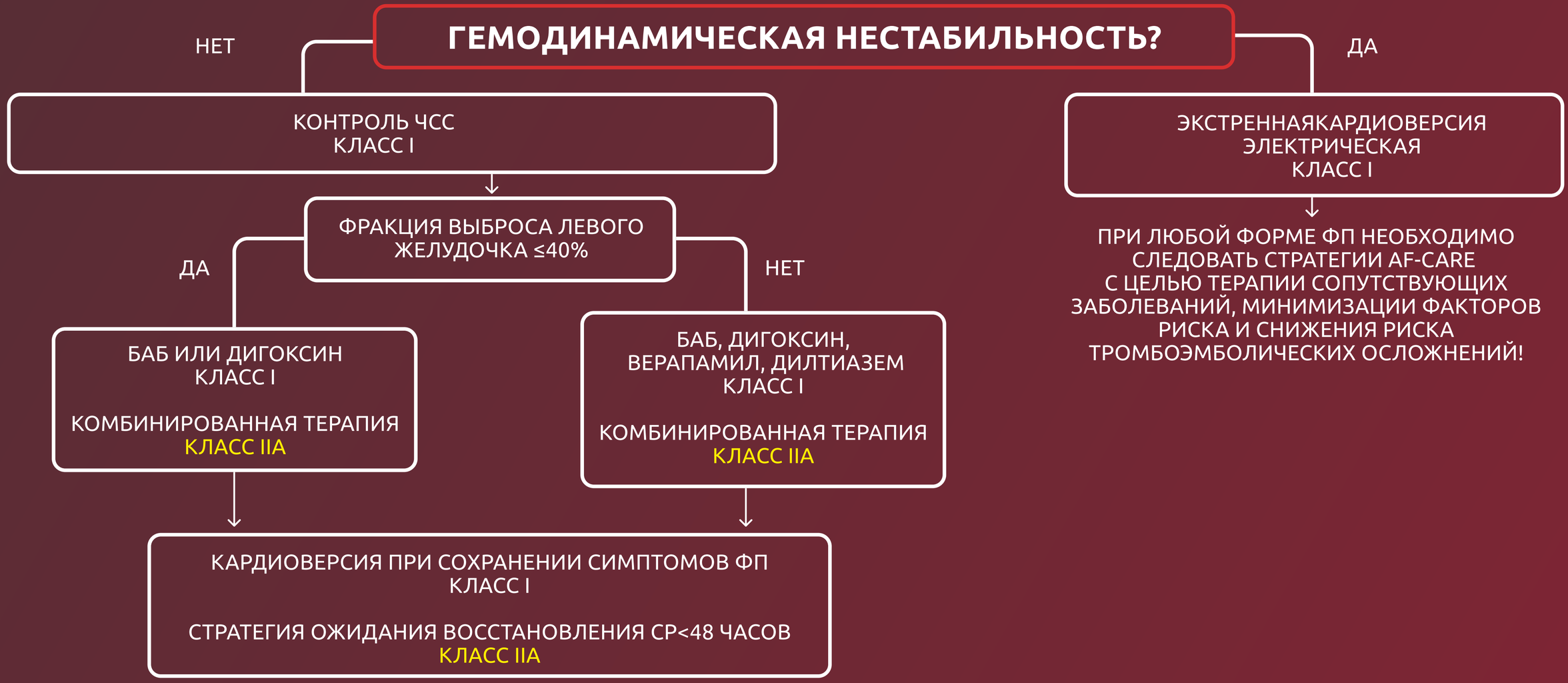
- МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ
- 1-Й КОРОТКИЙ ЭПИЗОД ФП
- ТАХИКАРДИТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ
- НОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ УМЕРЕННО УВЕЛИЧЕННЫЙ ИОЛП/ НАРУШЕНИЕ ПРЕДСЕРДНОЙ ПРОВОДИМОСТИ
- НЕТ ИЛИ НЕБОЛЬШОЕ ЧИСЛО КОМОРБИДНОСТИ
- ТРУДНО ДОСТИЧЬ КОНТРОЛЯ ЧСЖ
- ФП ИНДУЦИРОВАНА ВРЕМЕННЫМ СОБЫТИЕМ
- ВЫБОР ПАЦИЕНТА

ПРЕВАЛИРУЮТ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ → ОЦЕНИТЕ – МОГУТ ЛИ ФАКТОРЫ РИСКА ФП БЫТЬ МОДИФИЦИРОВАНЫ ОБРАТИТЕСЬ К ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ → ПОВТОРНО ОЦЕНИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА

ПРЕВАЛИРУЮТ БЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ → КОНТРОЛЬ РИТМА: ААТ РЧА У ОТДЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Hindricks G. et al. 2020 ESC Guidelines European Heart Journal. – 2020.

ВЫБОР СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФП[1]



ФП – фибрилляция предсердий; БАБ – бета-адреноблокаторы; СР-синусовый ритм;

1. Isabelle C Van Gelder, et al., 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, 2024;, ehae176

ОЦЕНКА СИМПТОМНОСТИ ФП (EHRA)

КЛАСС EHRA	ПРОЯВЛЕНИЯ	ОПИСАНИЕ
I	Симптомов нет	ФП не вызывает симптомов
IIA	Легкие симптомы	Нормальная повседневная деятельность не нарушается от симптомов, связанных с ФП
IIB	Средневыраженная симптоматика	Ощущения, связанные с ФП. беспокоят пациента, но нормальная повседневная деятельность не нарушается
III	Выраженная симптоматика	Нормальная повседневная активность нарушается из-за симптомов, вызванных ФП
IV	Инвалидизируюшие симптомы	Нормальная повседневная активность невозможна

Hindricks G. et al. 2020 ESC Guidelines European Heart Journal. – 2020.

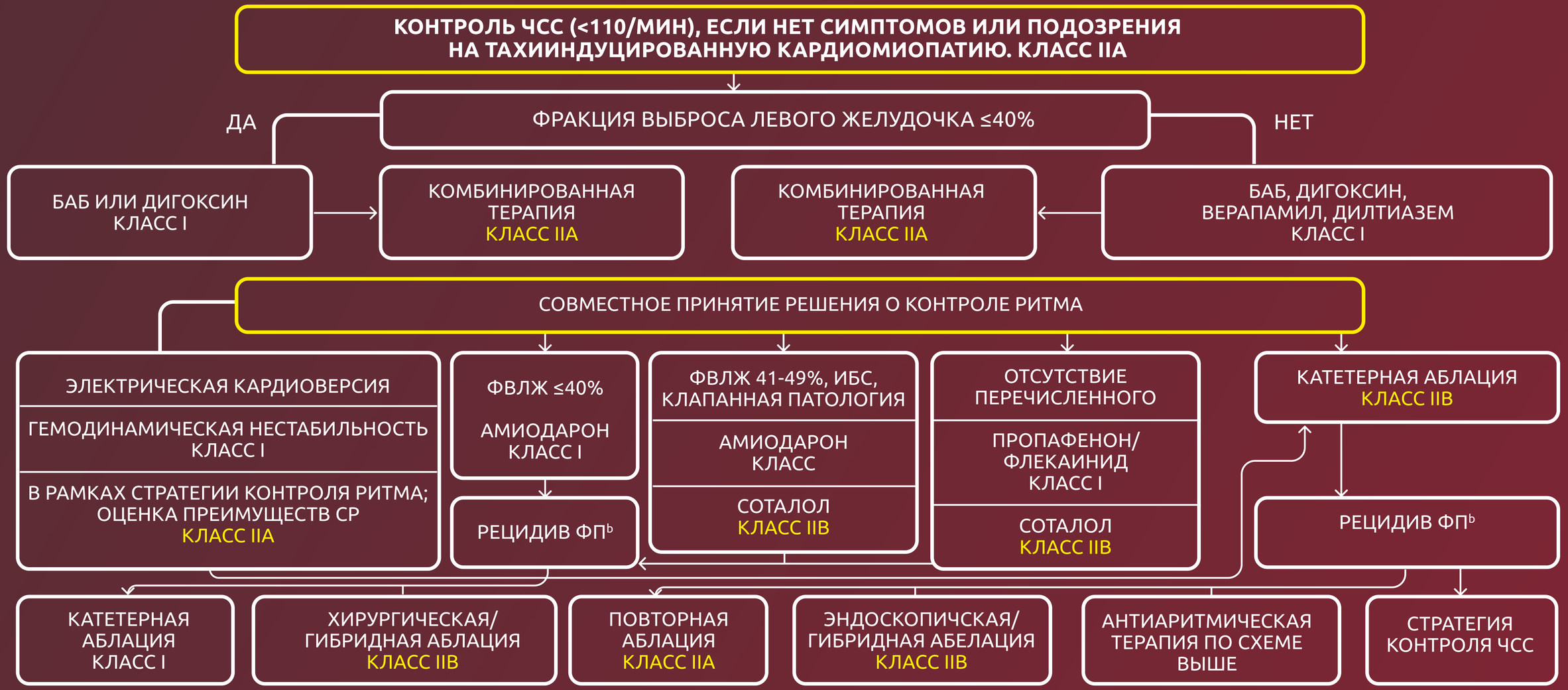
ВЫБОР СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФП[A,1]



ФП – фибрилляция предсердий; ЧСС – частота сердечных сокращений; БАБ – бета-адреноблокаторы; ФВ ЛЖ – фракция выброса; ЛЖ - левый желудочек; ИБС – ишемическа болезнь сердца; a. Необходимо следовать стратегии AF-CARE с целью терапии сопутствующих заболеваний, минимизации факторов риска и снижения риска тромбоэмболических осложнений; b. При рецидиве ФП совместное принятие решения, учитывая все опции;

1. Isabelle C Van Gelder, et al., 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, 2024;, ehae176

ВЫБОР СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФП[A,1]



ФП – фибрилляция предсердий; ЧСС – частота сердечных сокращений; БАБ – бета-адреноблокаторы; ФВ – фракция выброса; ЛЖ - левый желудочек; ИБС – ишемическая болезнь сердца; a. Необходимо следовать стратегии AF-CARE с целью терапии сопутствующих заболеваний, минимизации факторов риска и снижения риска тромбоэмболических осложнений; b. При рецидиве ФП совместное принятие решения, учитывая все опции;

1. Isabelle C Van Gelder, et al., 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, 2024;, ehae176,

ВЫБОР СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФП[A,1]



ФП – фибрилляция предсердий; АВ-узел – атриовентрикулярный узел; ЧСС – частота сердечных сокращений; БАБ – бета-адреноблокаторы; CRT - cardiac resynchronization therapy; a. Необходимо следовать стратегии AF-CARE с целью терапии сопутствующих заболеваний, минимизации факторов риска и снижения риска тромбоэмболических осложнений; b. БАБ в сочетании с дигоксином, избегая брадикардии; c. БАБ в комбинации с дигоксином или дилтиазем /верапамил в комбинации с дигоксином, избегая брадикардии; 1. Isabelle C Van Gelder, et al., 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, 2024;, ehae176,

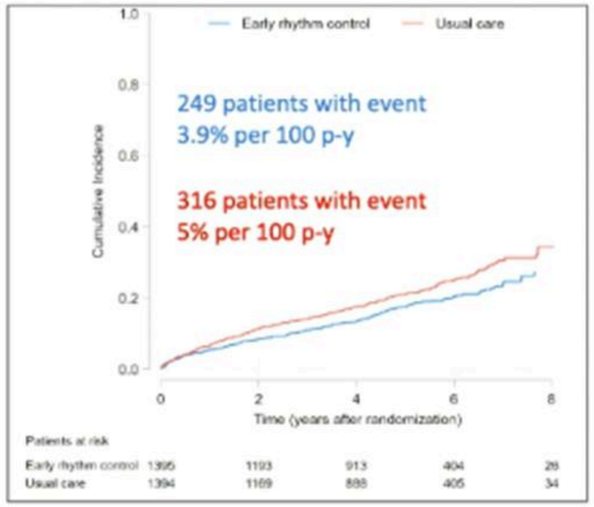
ИССЛЕДОВАНИЕ EAST-AFNET 4:
РАННЯЯ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ФП

The EAST–AFNET 4 trial: summary of main findings

Intervention vs. Usual Care

ARR 1.1%

HR 0.79 [96%CI, 0.66-0.94], p=0.005



	Event rates per 100 p-y		
	ERC (n=1395)	UC (n=1394)	Crude HR [95% CI]
Cardiovascular death	**1.0%**	**1.3%**	**0.72 [0.52-0.98]**
Stroke	**0.6%**	**0.9%**	**0.65 [0.44-0.97]**
Hospitalization with worsening of HF	2.1%	2.6%	0.81 [0.65-1.02]
Hospitalization with ACS	0.8%	1.0%	0.83 [0.58-1.19]

Second primary outcome	**Mean ± SD**		**IRR [99% CI]**
Nights spent in hospital/y	**5.8 ± 21.9**	**5.1 ± 15.5**	**1.08 [0.92-1.28]**

No significant difference in the change of:

- LV function,
- Cognitive function
- Quality of life (EHRA scale, EQ-5D)

The SF-12 mental component more improved in the UC arm (p=0.002)

Sinus rhythm	921/1122 (82.1)	687/1135 (60.5)	**3.13 [2.55 - 3.84]**
Asymptomatic (EHRA I)	861/1159 (74.3)	850/1171 (72.6)	**1.14 [0.93 - 1.40]**

ESC Congress 2020
The Digital Experience

Kirchhof P. et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation //New England Journal of Medicine. – 2020.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСТРАНЕНИЯ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФП ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ 80%

Эффективность катетерной аблации отличается в зависимости от возраста пациента, формы ФП и наличия сопутствующих заболеваний

При рецидиве ФП у пациента после катетерной аблации может потребоваться повторная процедура или изменение терапии

Тип фибрилляции предсердий	Эффективность устранения симптомов ФП, %, медиана
ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ	**84.0 (79.7– 88.6)**
ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ	**74.8 (66.1–80.0)**
ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ	**71.0 (67.4–76.3)**



ФП – фибрилляция предсердий;
Cappato R et al, Circ Arrhythm Electrophysiol 2010;3:32–38

ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Цель антиаритмической фармакотерапии - снижение бремени симптомов, обусловленных ФП

Эффективность антиаритмической фармакотерапии по поддержанию синусового ритма умеренная

Клинически успешная антиаритмическая фармакотерапия может скорее снизить частоту эпизодов ФП, чем устранить рецидивы аритмии

Если один антиаритмический препарат оказывается неэффективен, клинически приемлемый ответ может быть получен на лечение другим препаратом

Антиаритмическая фармакотерапия нередко проаритмогенна или вызывает другие нежелательные эффекты

Безопасность, а не потенциальная эффективность должна определять выбор антиаритмического препарата.

ПРАВИЛА НАЧАЛА АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ РИТМА ПРИ ФП

Вопросы	Критерии
Показания для ААТ	Симптомный ли пациент? Достаточно ли тяжелы симптомы (EHRA), чтобы оправдать ААТ? Есть ли сопутствующие причины, объясняющие плохую переносимость эпизодов ФП?
Когда начать ААТ	Обычно НЕ после первого эпизода, но это может повысить эффективность кардиоверсии
Как выбрать ААТ	Минимизировать проаритмогенный риск и токсичность для других органов: оценить Исходные аномалии ЭКГ(длит. QK5, PK, QTc) и возможное взаимодействие с ААТ Нарушенная функция ЛЖ Фармакокинетику и фармакодинамику взаимодействий с др. лекарствами (ОАК) Проаритмогенные факторы риска могут меняться во времени
Как свести к минимуму проаритмогенный эффект	Оценить ЭКГ после начала терапии, как указано в рекомендациях Периодически оценивайте токсичность препарата (амиодарон) В отдельных случаях показано Холтер-мониторирование и стресс-тест Избегайте комбинации ААТ
Как оценить эффективность	Оцените «нагрузку» ФП на фоне терапии (просите пациента считать и оценивать эпизоды) Если был эффект ААТ, но она отменена из-за побочных эффектов - выбирайте препарат из этого-же класса
Адъювантное вмешательство и гибридная терапия	У пациентов с аномалиями АВ проводимости и/или дисфункцией синусового узла имплантацию ЭКС следует рассмотреть, если есть необходимость в ААТ Краткосрочная ААТ может предупредить ранний рецидив после аблации

Hindricks G. et al. 2020 ESC Guidelines European Heart Journal. – 2020.

ВЫБОР АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ТРЕБУЕТ НЕ ТОЛЬКО ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ, НО И БЕЗОПАСНОСТИ

РЕКОМЕНДАЦИИ	КЛАСС	УРОВЕНЬ
Амиодарон рекомендуется для длительного контроля ритма у всех пациентов с ФП, в том числе с ХСНнФВ. Однако из-за его экстракардиальной токсичности, в первой линии терапии следует рассмотреть другие АА препараты.	I	A
Дронедарон рекомендуется для длительного контроля ритма у пациентов с ФП с: • Нормальная или слегка нарушенная (но стабильная) функция ЛЖ, или • ХСНсФВ, ИБС или клапанная патология сердца.	I	A
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.	I	A
У пациентов с ФП, принимающих соталол, рекомендуется тщательный мониторинг интервала QT, уровня калия в сыворотке крови, ККр и других факторов риска проаритмии.	I	B
У пациентов с ФП, получавших флекаинид для длительного контроля ритма, следует рассмотреть возможность одновременного применения препарата, блокирующего атриовентрикулярный узел (при хорошей переносимости).	IIA	C
Соталол может рассматриваться для длительного контроля ритма у пациентов с нормальной функцией ЛЖ или с ИБС, если обеспечивается мониторинг интервала QT, уровня калия в сыворотке, ККр и других факторов риска проаритмии	IIB	A
Терапия АА препаратами не рекомендуется пациентам с постоянной ФП для контроля частоты сердечных сокращений и пациентам с серьезными нарушениями проводимости, если не предусмотрена антибрадикардитическая стимуляция.	III	C

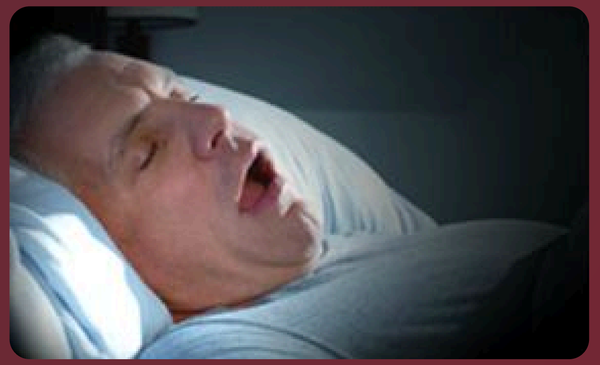
Hindricks G. et al. 2020 ESC Guidelines European Heart Journal. – 2020.

НЕЙРОГЕННАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА N.VAGUS МОЖЕТ ИНДУЦИРОВАТЬ ФП

ВАГУСНАЯ ФОРМА ФП

ВОЗРАСТ	В 4 РАЗА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У **МУЖЧИН** (80%) ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ 40-50 ЛЕТ
РАЗВИВАЕТСЯ	НОЧЬЮ, ВО ВРЕМЯ ОТДЫХА без значительных повреждений сердца
ПРОВОЦИРУЕТ	ПРИЕМ ЕДЫ ИЛИ АЛКОГОЛЯ
ПЕРЕД ПРИСТУПОМ	ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ БРАДИКАРДИЯ
БЕТА-БЛОКАТОРЫ	ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АБ И ПРОПАФЕНОНА МОГУТ УЧАСТИТЬ ПРИСТУПЫ ВАГУСНОЙ ФП



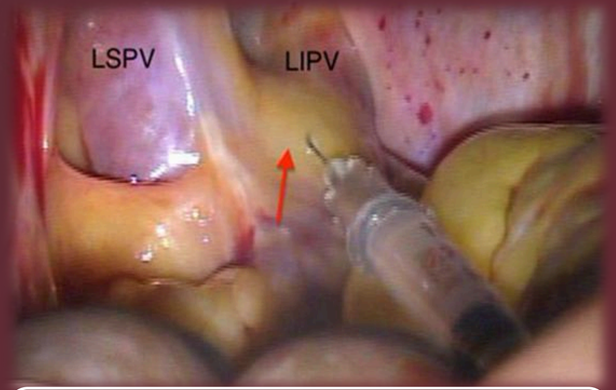






Coumel P. Paroxysmal atrial fibrillation: a disorder of autonomic tone? // Eur. Heart J. — 1994. — Vol. 15. — P. 9-16.

ВВЕДЕНИЕ БОТУЛИНОВОГО ТОКСИНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

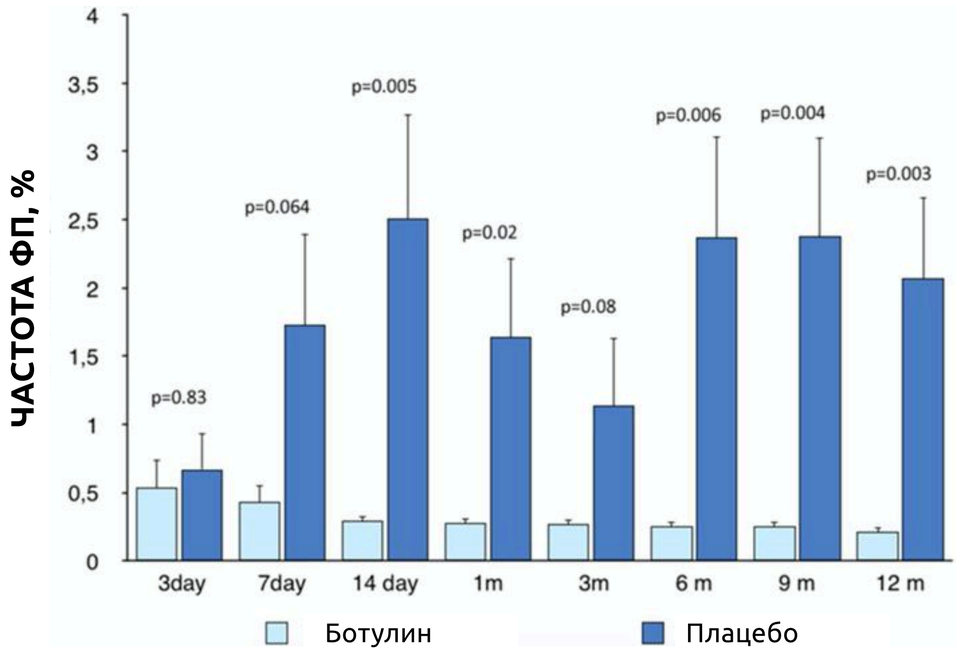


78 ПАЦИЕНТОВ С ПФП И ПОКАЗАНИЯМИ К АКШ

18 НЕ БЫЛИ ВКЛЮЧЕНЫ

ИНЪЕКЦИЯ БОТУЛИНА (N=30)

ПЛАЦЕБО (N=30)

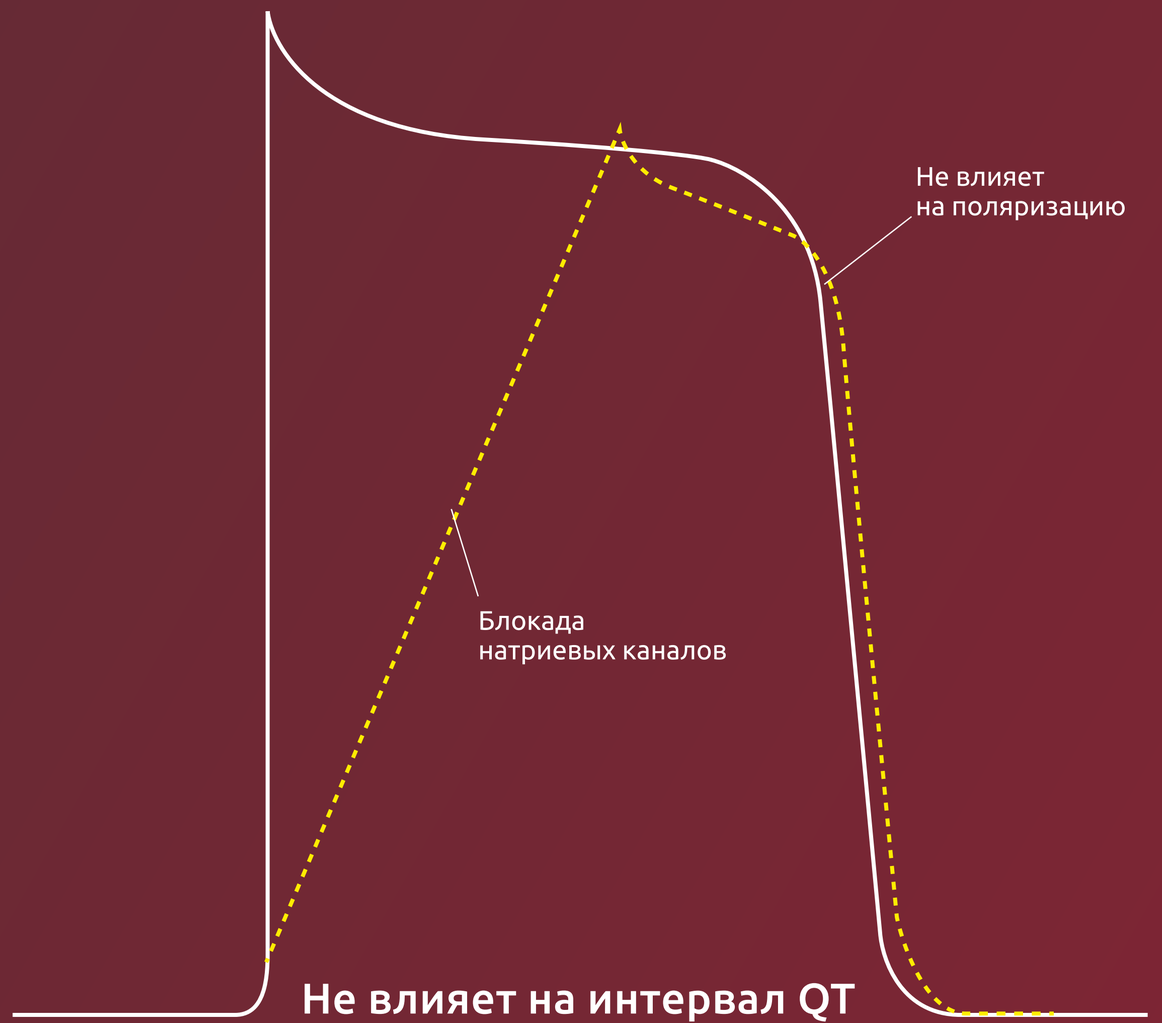


Инъекция ботулинического токсина вызывала изменение компонентов вариабельности сердечного ритма в течение ≈ 6 месяцев, что свидетельствует о **снижении как парасимпатической, так и симпатической активности**

Pokushalov E. et al. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. – 2015. – Т. 8. – №. 6. – С. 1334-1341.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭТАЦИЗИНА

- ☑ **↓АВТОМАТИЗМ, ПРОВЕДЕНИЕ ↑ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ** (блокада Na+ каналов)
- ☑ **АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ** (блокада Ca2+ каналов)
- ☑ **↓ЭФФЕКТ N.VAGUS НА СЕРДЦЕ** (холиноблокада)
- ☑ **СТАБИЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** (производное фенотиазина)



Не влияет на интервал QT

Минимальный риск развития серьёзно, угрожающей жизни желудочковой аритмии

Инструкция по применению Этацизин®

[E] - ПАЦИЕНТАМ С ФП ТРЕБУЕТСЯ РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ ПЕРЕОЦЕНКУ РИСКОВ И ТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ[1]

E ОЦЕНКА И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

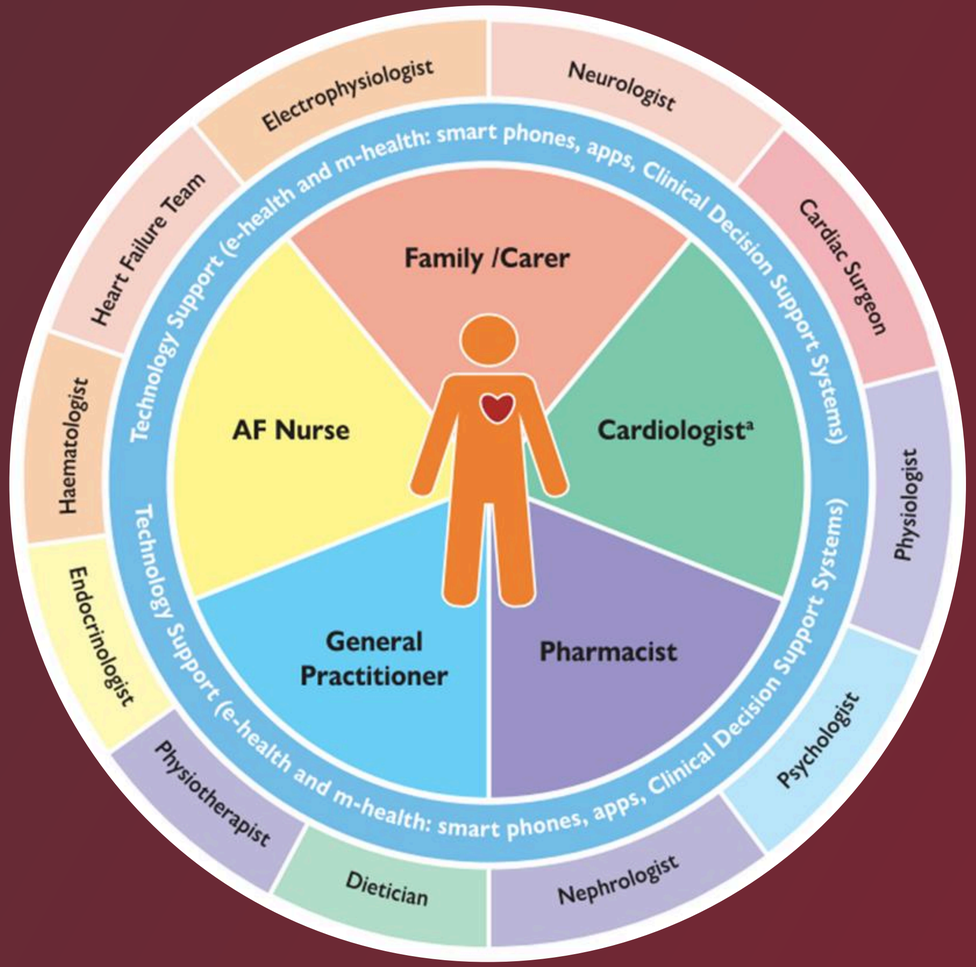
ПОВТОРНАЯ ОЦЕНКА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ С ЭПИЗОДАМИ ФП ИЛИ ПРИ ОБРАЩЕНИЯХ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ФП

РЕГУЛЯРНАЯ ПЕРЕОЦЕНКА: ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ, А ЗАТЕМ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ ЕЖЕГОДНО, ИЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕОБХОДИМОСТИ

- ЭКГ, анализы крови, визуализация сердца, амбулаторная ЭКГ, другие виды визуализации по мере необходимости
- Оценка новых и существующих факторов риска и коморбидностей (Класс I)
- Стратификация риска инсульта и тромбоэмболии (Класс I)
- Оценка бремени симптомов ФП до и после лечения (Класс I)
- Оценка и управление модифицируемыми факторами риска кровотечений (Класс I)
- Продолжать прием ОАК, несмотря на контроль ритма, при риске развития тромбоэмболии (Класс I)

Адаптировано из Van Gelder IC, et al
ФП – фибрилляция предсердий; ЭКГ – электрокардиограмма; ОАК – оральный антикоагулянт.
1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30:ehae176

КОМАНДНЫЙ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ – КЛЮЧ К УПРАВЛЕНИЮ ФП



ФП – фибрилляция предсердий; ССС – сердечно-сосудистые события.
2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaborationwiththeEuropeanAssociationof Cardio-Thoracic Surgery(EACTS) European Heart Journal (2020) 00,1—126

РУБРИКИ МКБ-10 РЕЛЕВАНТНЫЕ МАТЕРИАЛАМ ЦИКЛА:

I47.1 наджелудочковая тахикардия

I47.2 желудочковая тахикардия

I48 фибрилляция и трепетание предсердий

I49.1 предсердная преждевременная деполяризация

I49.2 узловая преждевременная деполяризация

I49.3 желудочковая преждевременная деполяризация

I49 другие нарушения сердечного ритма.

При актуализации лекционного материала целесообразно учитывать национальные клинические протоколы Кыргызской Республики, в том числе:

- Клинический протокол «Фибрилляция предсердий» (2024);
- Клинический протокол «Диагностика и лечение гипертонической болезни у взрослых»;
- Клинический протокол «Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца», поскольку аритмии часто рассматриваются в контексте сердечно-сосудистой коморбидности.

DOC.DORICLUB.kg

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

ЛЕКТОР

Ионин Валерий Александрович

д.м.н., доцент, старший научный сотрудник, руководитель КД аритмологического центра

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. ак. Г.Ф. Ланга

