

"Новые европейские рекомендации по ФП 2016.

Д.Л.Ильиных

доцент кафедры клинической фармакологии и терапии ИДПО ЮУГМУ
заведующий кардиологическим отделением МБУЗ ГКБ№ 2

Рекомендации по скринингу ФП и обследованию

Целенаправленный скрининг ФП рекомендован всем пациентам 65 лет и старше путём прощупывания пульса или оценки ритма ЭКГ

I

B

Пациентам с ТИА или ишемическим инсультом рекомендован скрининг ФП путём записи ЭКГ и последующим мониторингом ЭКГ как минимум 72 часа

I

B

У пациентов с инсультом должно быть рассмотрено использование дополнительного длительного неинвазивного монитора ЭКГ или мониторинга с помощью петлевого рекордера для выявления «молчащей» ФП

IIa

B

Систематический скрининг ЭКГ для выявления ФП может быть использован у пациентов старше 75 лет или лиц высокого риска инсульта

IIb

B

Трансторакальная Эхо-КГ рекомендована всем пациентам с ФП для выбора лечения

I

B

У всех пациентов с ФП должна быть оценена функция почек (креатинин сыворотки и его клиренс) и должна использоваться для коррекции лечения ФП

I

B

Комплексный подход в организации лечения

Должен быть предусмотрен комплексный подход по структурированной организации помощи и наблюдения за всеми пациентами с ФП.

Цель: улучшение следования руководствам и уменьшение смертности и госпитализации

IIa

B

Центральная роль в принятии решения должна быть передана пациенту с целью адаптации управления его предпочтениями и улучшения приверженности к длительной терапии

IIa

C

ФП + клапанная болезнь сердца

Ранняя хирургическая коррекция митрального клапана должна быть рассмотрена при тяжёлой митральной регургитации, сохранной ФВЛЖ и вновь возникшей ФП, даже при отсутствии симптомов, особенно, когда восстановление клапана возможно.

IIa

C

Должна быть рассмотрена митральная вальвулотомия у бессимптомных пациентов с выраженным митральным стенозом и подходящей клапанной анатомией у пациентов с вновь возникшей ФП.

IIa

C

ФП + ожирение

У пациентов с ФП и ожирением снижение веса вместе с воздействием на другие факторы риска должно быть рассмотрено для уменьшения тяжести ФП и уменьшения симптомов

IIa

B

Ведение пациента с кровотечением на фоне ОАК

Пациент с активным кровотечением

Механическое прижатие места кровотечения

Оценка гемодинамики, АД, исходных параметров коагуляции, функцию почек

Узнать время последнего приёма ОАК

Антагонист вит.К

Отложить ант.вит.К до $MNO < 2$

Симптоматическое лечение:
переливание крови
лечить причину кровотечений (например, ЭГДС)
Рассмотреть вит.К в/в (1-10мг)

Рассмотреть введение замороженной плазмы или протромбинового комплекса.
Восполнение тромбоцитов, если необходимо

Минимальное

Умеренное – тяжёлое

Тяжёлое - жизнеугрожающее

НОАК

Пропустить 1 день или 1 дозу

Симптоматическое лечение:
восполнение жидкости
переливание крови
лечить причину кровотечений (например, ЭГДС)
Рассмотреть уголь per os, если НОАК принят недавно

Рассмотреть введение специфического антидота или протромбинового комплекса.
Восполнение тромбоцитов, если необходимо.

Профилактика инсульта у пациентов с ФП

Терапия оральным антикоагулянтом рекомендована для предупреждения тромбоэмболий всем **мужчинам** с CHA₂DS₂-VASc ≥2 балла

I A

Терапия оральным антикоагулянтом рекомендована для предупреждения тромбоэмболий всем **женщинам** с CHA₂DS₂-VASc ≥3 балла

I A

Терапия оральным антикоагулянтом рекомендована мужчинам с CHA₂DS₂-VASc 1 балл на основании индивидуальных особенностей и предпочтений пациента

IIa B

Терапия оральным антикоагулянтом рекомендована женщинам с CHA₂DS₂-VASc 2 балл на основании индивидуальных особенностей и предпочтений пациента

IIa B

Лечение антагонистом витамина К (с целевым МНО 2-3 или выше) рекомендовано для предупреждения инсульта пациентам с умеренным/серьезным митральным стенозом или механическим клапаном

I B

При показаниях к антикоагулянтам, если можно назначить НОАК (апиксабан, дабигатран, эдоксабан или ривароксабан), НОАК предпочтительнее ант. вит.К

I A

Когда пациент принимает антагонист вит.К, необходимо, чтобы МНО как можно чаще было в целевых значениях и строго мониторировалось

I A

Пациенты, принимающие антагонист вит.К, могут быть рассмотрены для перехода на НОАК, если МНО плохо контролируется, несмотря на хорошую приверженность, или если пациенты предпочитают неконтролируемый приём НОАК

I A

Профилактика инсульта у пациентов с ФП

Комбинация ОАК с антиагрегантом повышает риск кровотечений и должна быть исключена у пациентов с ФП, не имеющих других показаний для антиагрегантов



Приём антикоагулянтов или антиагрегантов для профилактики инсульта не рекомендован мужчинам и женщинам с ФП без дополнительных факторов риска



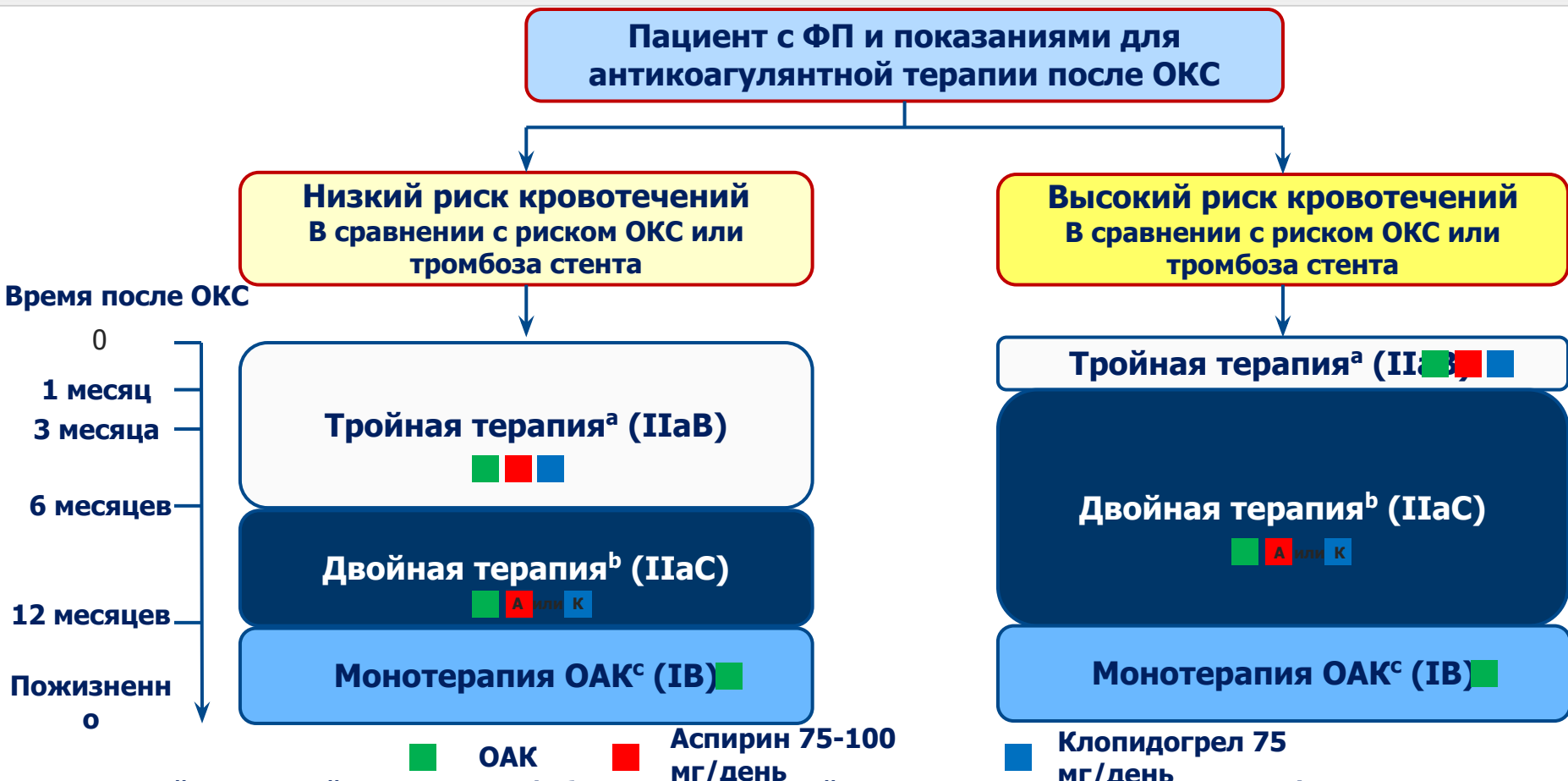
Монотерапия антиагрегантом не рекомендована для профилактики инсульта, независимо от риска инсульта



Новые ОАК (апиксабан, дабигатран, эдоксабан или ривароксабан) не рекомендован у пациентов с механическим клапаном (уровень B) или умеренным/тяжёлым митральным стенозом (уровень C)



Антитромботическая терапия после ОКС у пациентов с ФП при необходимости антикоагулянтной терапии



ОКС – острый коронарный синдром, ФП – фибрилляция предсердий, ОАК – пероральные антикоагулянты (включая антагонисты витамина К и новые пероральные антикоагулянты)

^а Двойная терапия ОАК + аспирин или клопидогрел может быть рассмотрена у отдельных пациентов, особенно тех, у кого не было стентирования или по прошествии более длительного времени с момента события

^б ОАК + антиагрегант

^с Двойная терапия, включая ОАК и аспирин или клопидогрел, может быть рассмотрена у пациентов с высоким риском коронарных событий

Антитромботическая терапия после планового ЧКВ при ФП и необходимости антикоагулянтной терапии



ОКС – острый коронарный синдром, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; ФП – фибрилляция предсердий, ОАК – пероральные антикоагулянты (включая антагонисты витамина К и новые пероральные антикоагулянты)

^а двойная терапия ОАК +аспирин или кклопидогрел может быть рассмотрена у отдельных пациентов

^б ОАК + антиагрегант

^с Двойная терапия, включая ОАК и аспирин или клопидогрел, может быть рассмотрена у пациентов с высоким риском коронарных событий

Рекомендации по окклюзии или эксклюзии ушка левого предсердия

Окклюзия или эксклюзия ушка ЛП может быть рассмотрена для предупреждения инсульта у пациентов с ФП и противопоказаниями к длительному приёму антикоагулянта (например, жизнеугрожающие кровотечения в прошлом без обратимой причины)

IIb

B

Хирургическая окклюзия ушка ЛП может быть рассмотрена для предупреждения инсульта у пациентов с ФП, подвергающихся хирургической операции на сердце

IIb

B

Окклюзия или эксклюзия ушка ЛП может быть рассмотрена для предупреждения инсульта у пациентов с ФП подвергнутых торакоскопической операции на сердце

IIb

B

Пациентам с ФП после хирургической окклюзии или эксклюзии ушка ЛП рекомендовано продолжить приём антикоагулянта в соответствии с риском инсульта

I

B

Вторичная профилактика инсульта у пациентов с ФП

Не рекомендовано использовать гепарин или НМГ у пациентов с ФП сразу после ишемического инсульта

III
(вред) **A**

Если ишемический инсульт или ТИА развились на фоне приёма антикоагулянта, должна быть оценена и улучшена приверженность к лечению

IIa **C**

Если на фоне приёма антикоагулянта развился среднетяжёлый/тяжёлый инсульт, антикоагулянт должен быть приостановлен на 3-12 дней по оценке риска инсульта и кровотечений

IIa **C**

У пациентов с ФП и развившимся инсультом, необходимо рассмотреть использование аспирина для вторичной профилактики инсульта до начала или возобновления приёма ОАК

IIa **B**

Системный тромболитизис...не рекомендован при МНО >1,7 (или у пациентов, принимающих дабигатран, если АЧТВ выше нормы)

III
(вред) **C**

У пациентов с ФП, перенёсших инсульт, НОАК предпочтительнее ант.вит.К или аспирина

I **B**

После инсульта или ТИА не рекомендована комбинация ОАК с антиагрегантом

III
(вред) **A**

Пациентам с ФП после внутричерепного кровотечения ОАК может быть начат или возобновлён после 4-8 недель при выявлении причины кровотечения или устранения факторов риска кровотечений или контроля над ними

IIb **B**

Продлённый «контроль ЧСС» при ФП

Выполнить Эхо-КГ (IC)
Выбрать начальную (IB) и, если нужно, комбинированную (IIaC)
терапию по «контроль ЧСС»
Целевая ЧСС в покое <110 в мин (IIaB), избегая брадикардии

ФВЛЖ < 40%

Бета-
блокатор

Дигоксин

Рассмотреть раннюю
комбинацию в низких дозах

Добавить
дигоксин

Добавить
бета-
блокатор

ФВЛЖ ≥ 40%

Верапамил/
Дилтиазем

Бета-
блокатор

Дигоксин

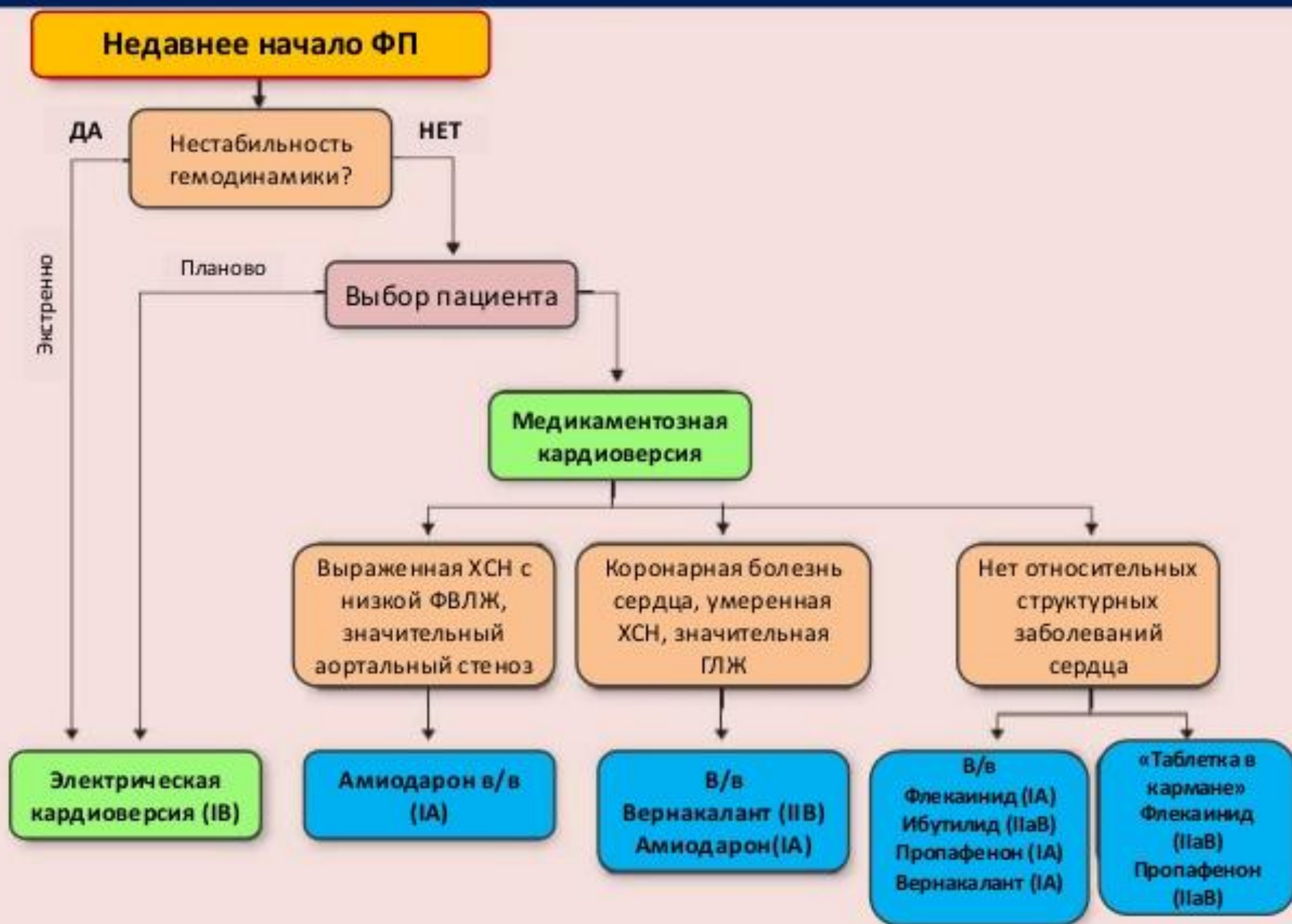
Усилить терапию до достижения целевой
ЧСС или исчезновения симптомов

Добавить
дигоксин

Добавить
дигоксин

Добавить
дилтиазем,
верапамил
или бета-
блокатор

Алгоритмы ведения пациентов с ФП. Ритм-контроль.



Органическое поражение сердца

- Инфаркт миокарда (острый или перенесенный)
- КДР ЛЖ $\geq 6,0$ см
- Толщина миокарда в любом отделе $\geq 1,3$ см
- ФВ ЛЖ $< 40\%$
- Миокардит

Препараты для медикаментозной кардиоверсии

Препарат	Путь введения	1я доза	Поддерживающая доза	Риски
ФЛЕКАИНИД	Per os В/в	200-300 мг 1,502 мг/кг за 10 мин	Нет	Гипотония, трепетание предсердий 1:1, удлинение QT. Избегать при ИБС и/или структурных болезнях сердца
АМИОДАРОН	В/в	5-7 мг/кг за 1-2 часа	50 мг/час, максимум 1,0гр за 24 часа	Флебит, гипотония, брадикардия/АВ-блокада. Отсроченное восстановление синусового ритма (8-12 часов)
ПРОПАФЕНОН	В/В Per os	1,5-2 мг/кг за 10 мин 450-600 мг		Гипотония, трепетание предсердий 1:1, умеренное удлинение QT. Избегать при ИБС и/или структурных болезнях сердца
ИБУТИЛИД	В/в	1 мг за 10 мин	1 мг за 10 мин после паузы 10 мин	Удлинение QT, полиморфная ЖТ/«пируэт» (3-4% пациентов). Брадикардия. Избегать при ИБС и/или структурных болезнях сердца
ВЕРНАКАЛАНТ	В/в	3 мг/кг за 10 мин	2 мг/кг за 10 мин после паузы 15 мин	Гипотония. Неустойчивая ЖТ, удлинение QT и QRS. Избегать при сист.АД <100, ОКС за последние 30 дней, NYHA III-IV, QT>440мсек, тяжёлом аортльном стенозе

Ведение пациентов с ФП. Общие положения

Контроль ритма показан для уменьшения симптомов у пациентов с ФП

I

B

Для облегчения удержания синусового ритма должны быть устранены сердечно-сосудистые факторы риска и другие триггеры ФП

IIa

B

Если ФП не связана с гемодинамической нестабильностью, выбор между электрической и фармакологической кардиоверсией должен быть основан на предпочтениях врача и пациента

IIa

B

Ведение пациентов с ФП. Кардиоверсия.

Электрическая кардиоверсия рекомендована, когда ФП связана с острой гемодинамической нестабильностью для восстановления сердечного выброса



Кардиоверсия (электрическая или медикаментозная) рекомендована у симптомных пациентов с персистирующей или длительно персистирующей ФП, как часть терапии по контролю ритма



Может быть рассмотрено предшествующее лечение амиодароном, флекаинидом, ибутилидом или пропафеноном для увеличения успеха электрической кардиоверсии и предупреждения возврата ФП



У пациентов с впервые возникшей ФП без предшествующей ишемической или структурной болезни сердца рекомендована медикаментозная кардиоверсия флекаинидом, пропафеноном или вернакалантом



У некоторых пациентов с недавно возникшей ФП и не имеющих предшествующей ишемической или структурной болезни сердца после оценки безопасности должно быть рассмотрено использование флекаинида или пропафенона однократно перорально (подход «таблетка в кармане»)



У пациентов с ишемической или структурной болезнью сердца для медикаментозной кардиоверсии рекомендован амиодарон



Острый «контроль ЧСС» при ФП

ФВЛЖ < 40% или есть признаки застойной сердечной недостаточности

Наименьшая доза бета-блокатора для достижения контроля за ЧСС

Амиодарон возможен у пациентов с нестабильной гемодинамикой или значительно сниженной ФВЛЖ.
Начальная целевая ЧСС < 110 в мин

Добавить дигоксин

Начальная целевая ЧСС < 110 в мин

ФВЛЖ ≥ 40%

Бета-блокатор или дилтиазем или верапамил

Оценить предшествующий медикаментозный анамнез, чтобы избежать одновременного назначения
Целевая ЧСС в покое < 110 в мин

Добавить дигоксин

Начальная целевая ЧСС < 110 в мин

Избегать брадикардии
Выполнить Эхо-КГ для определения дальнейшей тактики
Рассмотреть необходимость антикоагулянта

Ведение пациентов с ФП. Антикоагулянтны и кардиоверсия.

Антикоагулянтны (гепарин или НОАК) должны быть начаты так быстро как только возможно до кардиоверсии по поводу ФП или трепетания предсердий

IIa

B

Эффективный антикоагулянт рекомендован как минимум в течение 3 недель до кардиоверсии по поводу ФП или трепетания предсердий

I

B

Чрезпищеводная Эхо-КГ (ЧПЭХО) рекомендовано для исключения внутрисердечного тромбоза как альтернатива предшествующей длительной антикоагуляции, когда планируется ранняя кардиоверсия

I

B

Ранняя кардиоверсия может быть предпринята без ЧПЭХО у пациентов с длительностью ФП < 48 часов

IIa

B

У пациентов с риском инсульта антикоагулянтная терапия после кардиоверсии должна продолжаться длительно независимо от метода кардиоверсии или восстановления синусового ритма. У пациентов без факторов риска инсульта рекомендовано 4 недели принимать антикоагулянт после кардиоверсии

I

B

У пациентов с выявленным на ЧПЭХО тромбозом рекомендуется эффективная антикоагуляция как минимум 3 недели

I

C

Повторное ЧПЭХО для подтверждения исчезновения тромбоза должно быть предпринято перед кардиоверсией

IIa

C

Алгоритмы ведения пациентов с ФП.

Показания для длительной терапии по контролю синусового ритма для уменьшения симптомов ФП

Минимальные признаки структурных болезней сердца или их отсутствие

Выбор пациента

Дронедарон (IA)
Флекаинид (IA)
Пропафенон (IA)
Соталол (IA)

Катетерная абляция (IIaB)

Коронарная болезнь сердца, значительная клапанная болезнь, значительная ГЛЖ

Выбор пациента

Дронедарон (IA)
Соталол (IA)
Амиодарон (IA)

Катетерная абляция (IIaB)

Сердечная недостаточность

Выбор пациента

Амиодарон (IA)

Катетерная абляция (IIaB)

Препараты для удерживания синусового ритма.

Препарат	Доза	Противопоказания/ Предосторожности	Признаки опасности для отмены	ЭКГ- мониторинг в начале лечения
Амиодарон	600 мг за 4х нед., 400 мг за 4 нед., затем 200мг 1 раз в день	Осторожно с другими препаратами, удлиняющими QT, при СССУ, АВ-замедлении. Дозы ант.вит.К и дигоксина м.б. уменьшены	Удлинение QT>500 мсек	Исходно, через 1 нед., через 4 нед.
Дронедарон	400 мг 2 раза в день	NYHA III-IV, нестабильная ХСН, осторожно с препаратами, удлиняющими QT, усиливающими СYP3A4 (напр., верапамил, дилтиазем, противогрибковые), при СlCr<30	Удлинение QT>500 мсек	Исходно, через 1 нед.
Флекаинид	100-150 мг 2 раза в день	Противопоказан при СlCr<50, болезнях печени, ИБС, низкой ФВЛЖ. Осторожно при СССУ или АВ-замедлении.	Удлинение QRS>25% от исходного	Исходно, День 1, День 2-3
Пропафенон	150-300 мг три раза в день	Противопоказан при ИБС или сниженной ФВЛЖ. Осторожно при СССУ или АВ-замедлении, почечной и печёночной недостаточности, астме. Повышает концентрацию дигоксина, варфарина	Удлинение QRS>25% от исходного	Исходно, День 1, День 2-3
Соталол	80-160 мг 2 раза в день	Противопоказан при большой ГЛЖ, систолической ХСН, удлинённом QT, гипокалиемии, СlCr<50. Умеренная почечная дисфункция требует коррекции дозы	QT>500мсек. Удлинение QT>60мсек после начала лечения	Исходно, День 1, День 2-3

Длительное использование антиаритмиков.

Выбор антиаритмика должен быть тщательно взвешен с учётом сопутствующих заболеваний, рисков, вероятности проаритмических эффектов, внесердечных токсических эффектов, предпочтений пациента и выраженности симптомов



Дронедарон, флекаинид, пропафенон или соталол рекомендованы для предупреждения повторения симптомной ФП у пациентов с нормальной ФВЛЖ и без выраженной ГЛЖ



Дронедарон рекомендован для предупреждения повторной симптомной ФП у пациентов со стабильной коронарной болезнью сердца без сердечной недостаточности



Амиодарон рекомендован для предупреждения повторной симптомной ФП у пациентов с сердечной недостаточностью



По сравнению с другими антиаритмиками, амиодарон более эффективен в профилактике ФП но его внесердечная токсичность повышается со временем. Таким образом, использование других антиаритмиков должны быть рассмотрено в первую очередь



Необходимо периодически подтверждать приверженность пациентов к приёму антиаритмических препаратов



Длительное использование антиаритмиков.

Должна быть рассмотрена регистрация ЭКГ во время начала приёма антиаритмика для оценки ритма, выявления удлинения интервалов QRS и QT и появления АВ-блокады.

IIa

B

Антиаритмическая терапия не рекомендована у пациентов с удлинением интервала QT (>500 сек) или с выраженной слабостью синусового узла или дисфункцией АВ-узла, у которых нет функционирующего постоянного кардиостимулятора

III

(вред)

C

Для продления терапии антиаритмическим препаратом у пациентов, которым абляция не показана, или которые отказываются от неё должна быть рассмотрена установка предсердного стимулятора в дополнении к антиаритмику

IIa

B

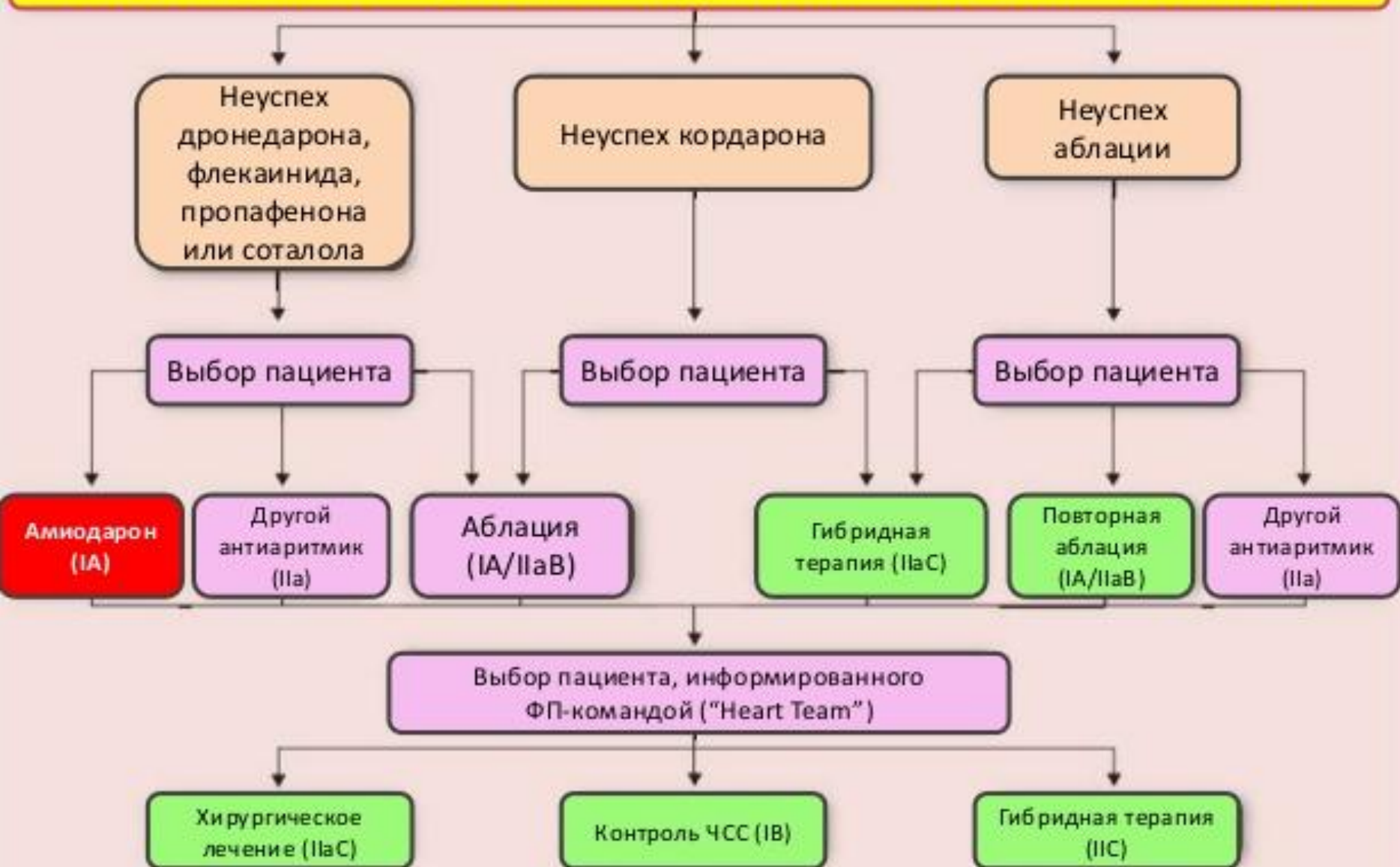
Продление антиаритмической терапии после выполнения абляции должно быть рассмотрено для удержания синусового ритма, когда возврат аритмии кажется вероятным

IIa

B

Алгоритмы ведения пациентов с ФП. Ритм-контроль.

Выбор тактики «ритм-контроль» после неудачной терапии для улучшения симптомов ФП



Абляция.

Катетерная абляция симптомной пароксизмальной ФП рекомендована для улучшения симптомов у пациентов, получающих антиаритмические препараты, которые предпочитают стратегию «контроля ритма», когда выполняется опытным (appropriated training) специалистом в опытном (experienced) центре.



Катетерная абляция в отношении ФП должна быть рассмотрена как терапия «первой линии» у некоторых пациентов с симптомной пароксизмальной ФП как альтернатива антиаритмической терапии на основании предпочтений пациента, риска и пользы



Все пациенты должны получать ОАК как минимум 8 недель после катетерной (IIaB) или хирургической (IIaC) абляции



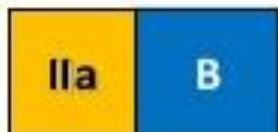
Антикоагулянты для предупреждения инсульта должна продолжаться после успешной катетерной или хирургической абляции у пациентов с высоким риском инсульта



При планируемой катетерной абляции должно быть рассмотрено продолжение приёма антагониста вит.К (IIaB) или НОАК (IIaC) во время процедуры



Целью катетерной абляции должна быть изоляция лёгочных вен с использованием радиочастотной абляции или криобаллонного катетера



Абляция при ФП должна быть рассмотрена у симптомных пациентов, имеющих сердечную недостаточность с низкой ФВЛЖ для улучшения симптомов и сердечной функции, когда подозревается тахизависимая кардиопатия



Абляция и хирургия при ФП

Абляция должна быть рассмотрена, как стратегия избежать имплантации кардиостимулятора у пациентов с ФП-индуцированной брадикардией

IIa

C

Катетерная или хирургическая абляция должна быть рассмотрена, у пациентов с симптомной персистирующей или длительно существующей ФП, рефрактерной к антиаритмикам для улучшения симптомов, на основании предпочтений пациента, соотношения пользы и риска по решению «Heart Team»

IIa

C

Минимально инвазивная хирургия с эпикардиальной изоляцией лёгочных вен должна быть рассмотрена у пациентов с симптомной ФП, если катетерная абляция была неуспешной.

IIa

B

Операция Maze («лабиринт»), по возможности, через минимально инвазивный доступ, выполненная опытным хирургом в опытном центре, должна быть рассмотрена как часть лечения пациентов с симптомной рефрактерной к лечению персистирующей ФП или ФП, возникшей после абляции для улучшения симптомов

IIa

C

Операция Maze («лабиринт»), преимущественно, двухпредсердная должна быть рассмотрена у пациентов, подвергшихся сердечной хирургической операции для улучшения симптомов, вызванных ФП, с учётом дополнительных рисков процедуры и пользы от стратегии по контролю ритма

IIa

A

Врождённые кардиомиопатии

WPW-синдром

Катетерная абляция дополнительных путей проведения у пациентов с WPW и ФП рекомендована для предупреждения внезапной сердечной смерти

I

B

Катетерная абляция дополнительных путей проведения рекомендована без промедления у пациентов с WPW, переживших эпизод внезапной сердечной смерти

I

C

Гипертрофическая кардиопатия

Пациентам с ГКМП с симптомной, вновь возникшей ФП рекомендовано восстановление синусового ритма электрической или медикаментозной кардиоверсией.

I

B

У пациентов с ФП и ГКМП и со стабильной гемодинамикой рекомендована стратегия «контроля ЧСС» с использованием бета-блокатора или дилтиазема/верапамила

I

C

У пациентов с ФП и ГКМП с повторяющейся симптомной ФП должно быть рассмотрено использование амиодарона для сохранения синусового ритма

IIa

C

Врождённые кардиопатии и каналопатии

Генетическое тестирование должно быть рассмотрено у пациентов с ФП и подозрением на врождённую кардиопатию и каналопатию на основании данных анамнеза, ЭКГ

IIa

A

Физическая активность у пациентов с ФП

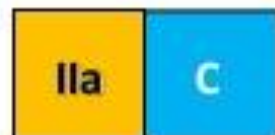
Умеренная регулярная физическая активность рекомендована для профилактики ФП, а спортсмены должны быть уведомлены, что длительные интенсивные тренировки могут провоцировать ФП



Выполнение аблации при ФП должно быть рассмотрено у спортсменов для профилактики повторения ФП



После приёма флекаинида или пропafenона в качестве «таблетки в кармане», пациенты должны воздерживаться от занятий спортом пока ФП не купируется и пока не минуют два периода полувыведения антиаритмического препарата.



ФП у беременных

Электрическая кардиоверсия безопасна и может использоваться во все периоды беременности, и она рекомендована у пациенток с нестабильной гемодинамикой из-за ФП, а также когда риск продления ФП высок для матери или плода



Антикоагулянты рекомендованы у беременных с ФП и риском инсульта.

Для минимизирования тератогенного риска и внутриплацентарного кровотечения в первом триместре и за 2-4 недели до родов рекомендован гепарин.

В остальные сроки беременности могут использоваться антагонист вит.К или гепарин.

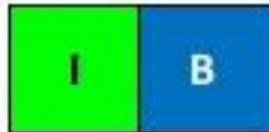


Необходимо избегать использование НОАК у беременных или у женщин, которые планируют беременность



Предупреждение постоперационной ФП

Периоперационное использование бета-блокатора рекомендовано для предупреждения постоперационной ФП после операций на сердце



Длительное использование антикоагулянта должно быть рассмотрено у пациентов с ФП после операции на сердце с риском инсульта на основании взвешивания риска инсульта и кровотечения



Периоперационное использование амиодарона должно быть рассмотрено как профилактика развития ФП после операции на сердце



Бессимптомная постоперативная ФП изначально должна лечиться в рамках стратегии «контроля ЧСС» с назначением антикоагулянта

