



Лечение фибрилляции предсердий

Выполнила: Раимбекова А
Группы: К-126

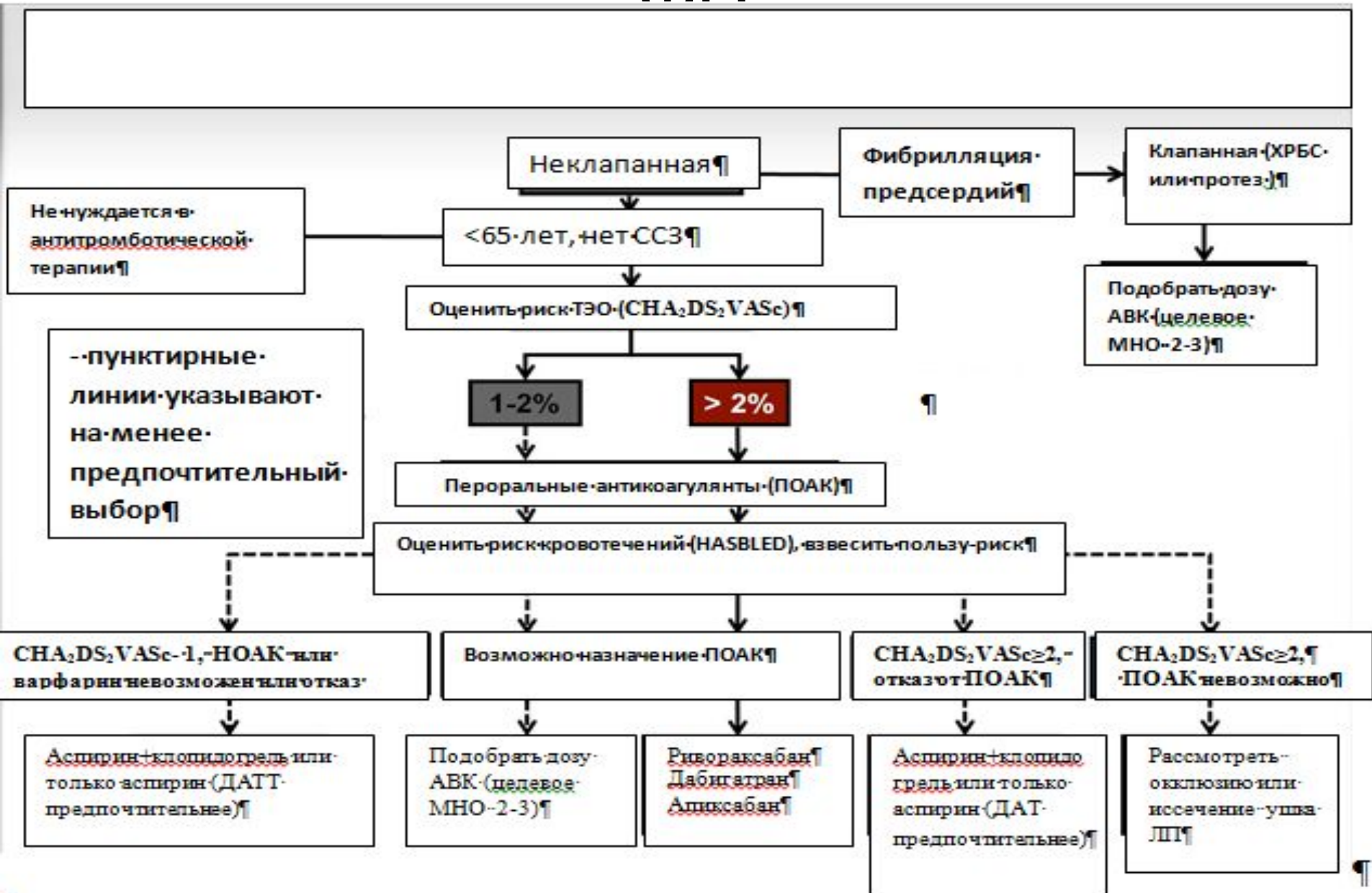


Рис. 5. Неотложная терапия и долгосрочное лечение пациентов с ФП, желаемые сердечно-сосудистые результаты, ожидаемые положительные эффекты.

(Адаптировано из отчета 4-й консенсусной конференции AFNET/EACAP [76].)

Сокращения: КЖ — качество жизни, ЛЖ — левый желудочек, ФП — фибрилляция предсердий, ФР — фактор риска, ЧСС — частота сердечных сокращений.

Профилактика тромбоэмболий при ФП



Клинические ФР инсульта, транзиторной ишемической атаки и системной эмболии по шкале CHA₂DS₂-VASc

ФР по CHA ₂ DS ₂ -VASc	Баллы
Застойная СН Признаки/симптомы СН или объективные доказательства снижения ФВ ЛЖ	+1
Артериальная гипертензия АД в состоянии покоя >140/90 мм рт.ст. по крайней мере, при двух повторных измерениях или текущая антигипертензивная терапия	+1
Возраст 75 лет или старше	+2
СД Гликемия натощак >125 мг/дл (7 ммоль/л) или лечение пероральными сахароснижающими препаратами и/или инсулином	+1
Перенесенный инсульт, ТИА или тромбоземболия	+2
Сосудистые заболевания Перенесенный ИМ, заболевание периферических артерий или атеросклеротическая бляшка в аорте	+1
Возраст 65-74 года	+1
Пол (женский)	+1

- **Показания к выбору АВК (варфарин) в качестве антикоагулянтного препарата при ФП:**

1. ФП после ЧКВ, как элемент тройной антитромботической терапии (варфарин + клопидогрель + аспирин);
2. у пациентов с клапанными пороками сердца;
3. у пациентов с протезированными клапанами;
4. Фп механические клапаны сердца

Перед началом антикоагуляции необходимо оценить риск кровотечений по индексу HAS-BLED

Фактор риска	Баллы
Артериальная гипертензия (систолическое АД > 160 мм.рт.ст.)	1
Нарушенная функция печени	1
Нарушенная функция почек (наличие хронического диализа или почечной трансплантации или креатинина сыворотки ≥ 200 ммоль/л)	1
Инсульт	1
Кровотечение (кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечениям, например, геморрагический диатез, анемия и т.д.)	1
Лабильное МНО (нестабильное/высокое МНО или выход за пределы терапевтического интервала более 40% времени).	1
Возраст старше 65 лет	1
Злоупотребление алкоголем	1
Прием лекарств повышающих риск кровотечения (антиагреганты, НПВС)	



Начальная доза варфарина 2,5 мг в сутки (у лиц пожилого возраста с $\frac{1}{2}$ таблетки с частым контролем МНО), в течение первых 5-7 дней контроль МНО ежедневно или через день, после стабилизации МНО (2,0-3,0)

Ведение пациента при развитии кровотечения на фоне приема варфарина

МНО	Нежизнеугрожаемое кровотечение
>3,0 но <5,0	Снизить или пропустить очередную дозу, более часто определять МНО и возобновить варфарин в более низкой дозе.
>5,0 но <9,0	пропустить 1-2 дозы варфарина и дать витамин К ₁ в дозе 1-2,5 мг per os с ожиданием, что снижение МНО.
>9,0	приостановить терапию варфарином, витамин К ₁ (2,5 -5,0 мг per os).



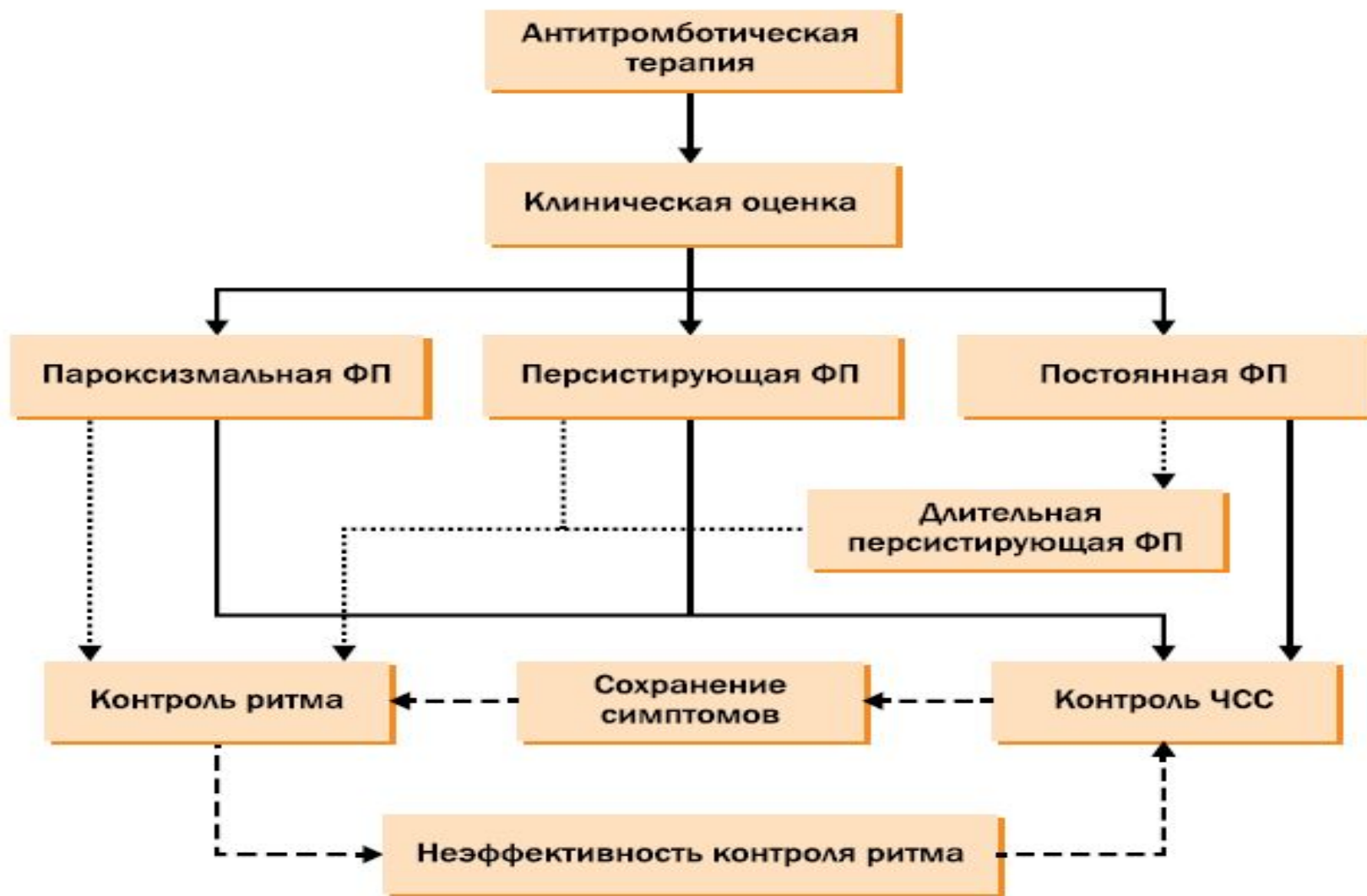
- **Назначение НОАК.**

1. Ривораксабан (ксарелто) в дозе 20 мг – 1 раз в сутки, при высоком риске кровотечений (HAS-BLED ≥ 3) в дозе 15 мг в сутки.
- 2. Дабигатран (прадакса) в дозе 150 мг – 2 раза в сутки, при высоком риске кровотечений (HAS-BLED ≥ 3) – 110 мг – 2 раза в сутки
- 3. Апиксабан (эликвис) – нет регистрации на территории Казахстана.

- Выбор нового антикоагулянта при ФП в зависимости от клинической ситуации

Клиническая ситуация	Обоснование выбора НОАК	Выбор НОАК
Высокий риск кровотечений (HAS-BLED ≥ 3)	Выбрать препарат с наименьшим риском кровотечений	Дабигатран 110 мг Апиксабан
Желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе или высокий риск	Выбрать препарат с наименьшей частотой желудочно-кишечных кровотечений	Апиксабан
Высокий риск ишемического инсульта, низкий риск кровотечений	Выбрать препарат с наилучшей профилактикой ишемического инсульта	Дабигатран 150 мг

Перенесенный инсульт (вторичная профилактика)	Выбрать препарат с наилучшей вторичной профилактикой инсульта	Ривароксабан Апиксабан
ИБС, перенесенный ИМ или высокий риск ОКС/ИМ	Выбрать препарат с позитивным влиянием на пациентов с ОКС	Ривароксабан
Нарушение функции почек	Выбрать препарат с наименьшим выведением через почки	Апиксабан Ривароксабан
Патология ЖКТ	Выбрать препарат с наименьшим числом желудочно-кишечных осложнений	Апиксабан Ривароксабан
Приверженность пациента лечению	Выбрать препарат однократного приема	Ривароксабан



- ← Методы первой линии
- ←..... Альтернативные варианты
- ←- - - Тактика лечения при неэффективности выбранного метода лечения



- **Показания к электрической и фармакологической кардиоверсии, и выбор антиаритмических препаратов для фармакологической кардиоверсии у пациентов с недавно выявленной ФП (менее 48 часов)**

Изменений сердца - выраженные

Серьезное структурное поражение сердца

Лечение - сопутствующих состояний и профилактика ремоделирования сердца - (ИАПФ/БРА, статины)

АГ

ИБС

С

Без ГЛЖ

ГЛЖ

соталол

олекаинид
соталол

дронедарон

дронедарон

дарон

амиодарон

амиод



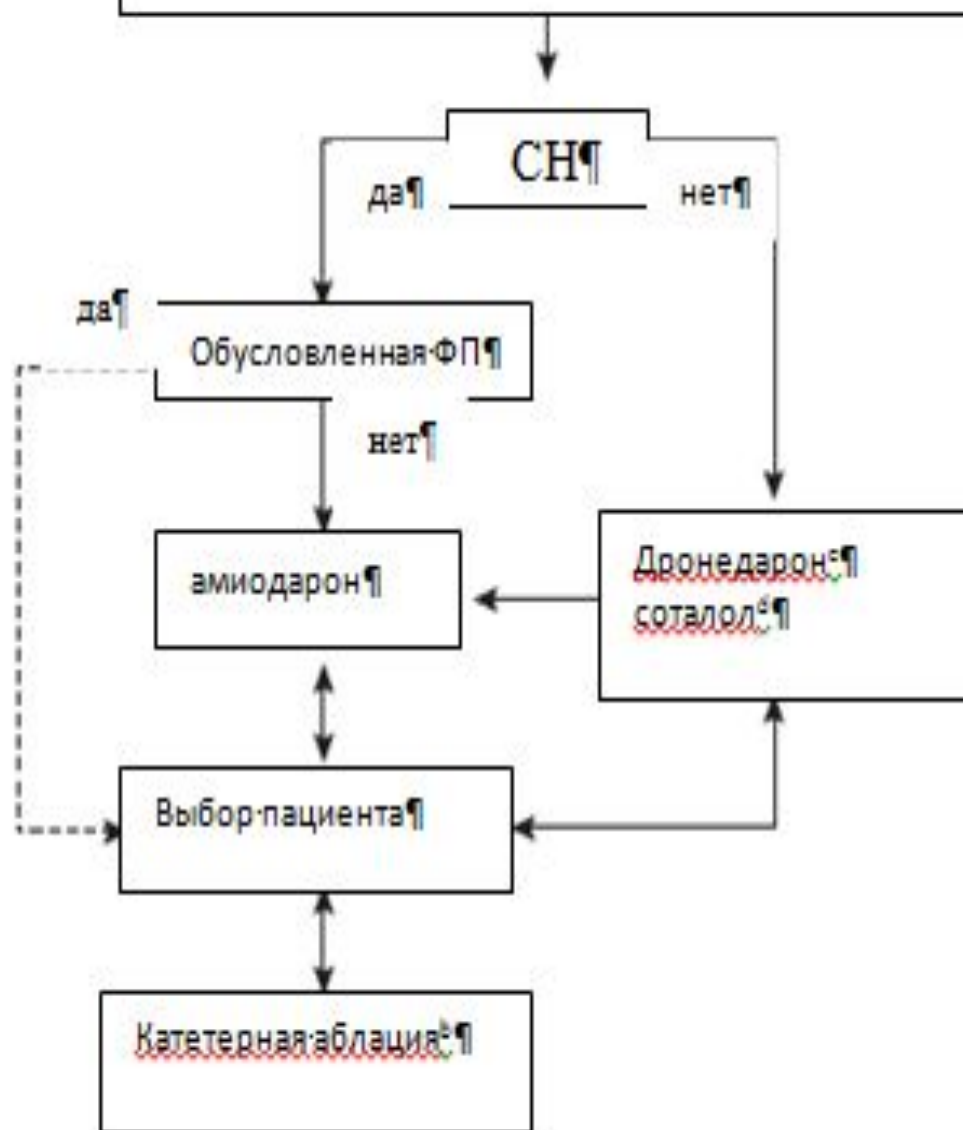
- **Стратегия контроля ритма для длительной терапии**

После восстановления ритма назначается антиаритмическая терапия в соответствии с алгоритмом, представленным на рис. 4.

Без структурных изменений сердца или
минимально выраженные



Заболевания, обусловленные структурными
изменениями сердца



Рекомендации по выбору препарата для длительного контроля ЧСС

1. Применение бета-адреноблокаторов может быть наиболее оправдано при наличии повышенного тонуса адренергической системы и ишемии миокарда на фоне ФП.
2. Недигидропиридиновые антагонисты кальция могут применяться для контроля ЧСС в острую фазу и для длительного лечения.
3. Дигоксин и дигитоксин эффективно контролируют частоту желудочкового ритма в покое, но не при физической нагрузке.
4. Амиодарон – эффективный препарат, уряжающий сердечный ритм. Внутривенное введение амиодарона эффективно и хорошо переносится при нарушениях гемодинамики

Немедленный контроль ЧСС при ФП

ФВ ЛЖ <40% или признаки
застойной сердечной недостаточности

Наименьшая доза бета-блокатора
для установления контроля ЧСС

Прием амиодарона возможен
гемодинамически нестабильными пациентами
или с выраженно сниженной ФВ ЛЖ
Исходное целевое ЧСС в покое <110 уд./мин

Добавление дигоксина

Стартовая целевая ЧСС в покое <110 уд./мин

ФВ ЛЖ ≥40%

Бета-блокатор или дилтиазем или верапамил

Проверить анамнез приема препаратов,
чтобы избежать повторного
назначения препарата
Исходное целевое ЧСС в покое <110 уд./мин

Добавление дигоксина

Стартовая целевая ЧСС в покое <110 уд./мин

Избегать брадикардии

Выполнить эхокардиограмму
для определения дальнейшей
тактики/выбора
поддерживающей терапии

Рассмотрите необходимость
антикоагуляции

Долгосрочный контроль ЧСС при ФН

Выполнить эхокардиограмму (ЭС)
Выбрать стартовую терапию для контроля уровня ЧСС (IВ)
и, при необходимости, комбинированную терапию (IIaС).
Задать стартовую ЧСС <110 уд./мин (IIaВ), избегая брадикардии

ФВ ЛЖ <40%

Бета-блокатор

Дигоксин

Рассмотрите раннее начало
комбинированной терапии
на низких дозировках

Добавить
дигоксин

Добавить
бета-блокатор

ФВ ЛЖ ≥40%

Дилтиазем/
верапамил

Бета-блокатор

Дигоксин

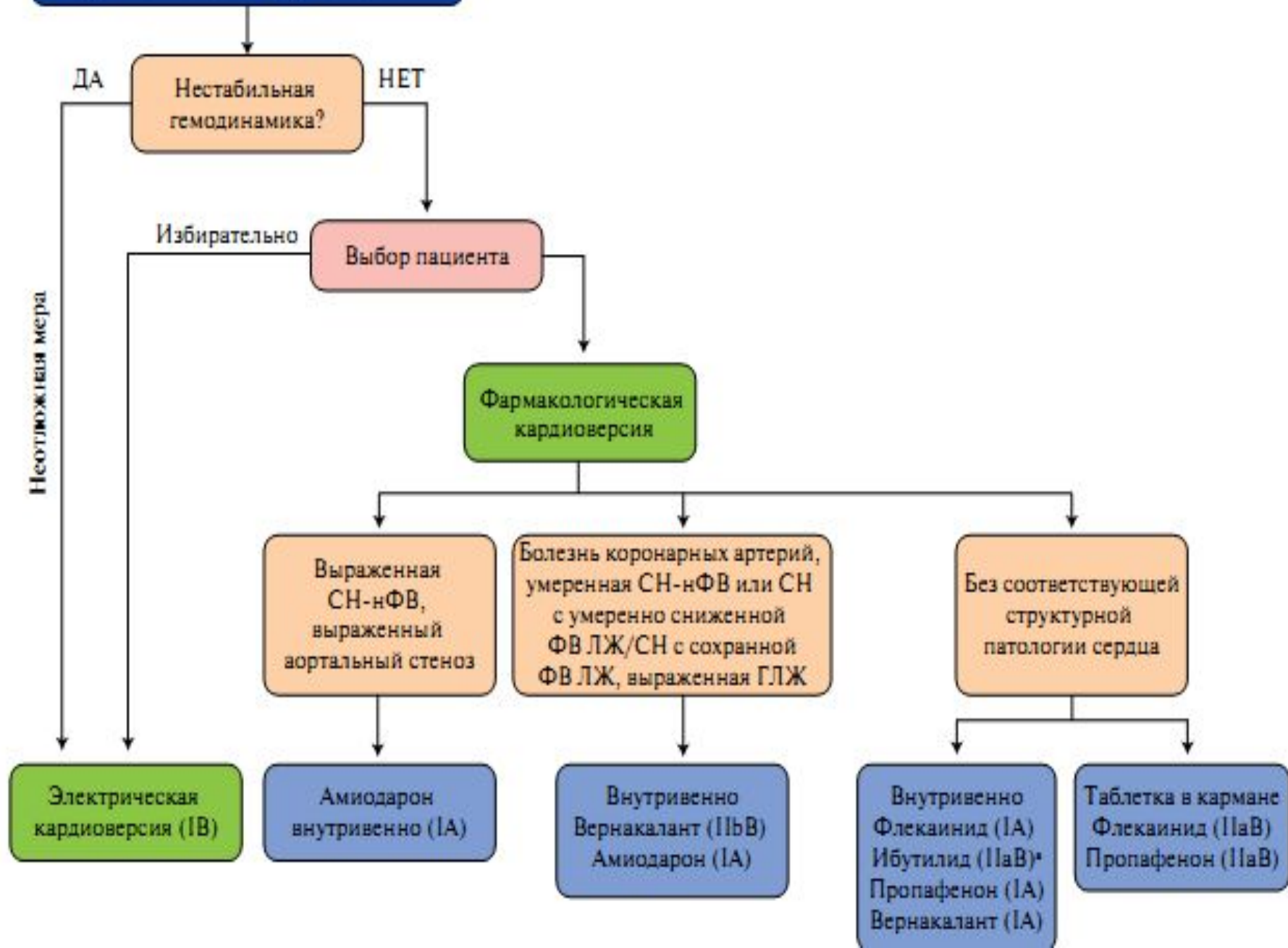
Дополнительная терапия
для достижения целевого ЧСС или
при сохранении симптоматики

Добавить
дигоксин

Добавить
дигоксин

Добавить
дилтиазем или
бета-блокатор

Недавнее начало пароксизма ФП



Кардиоверсия по принципу «Таблетка в кармане»

- Для восстановления СР возможно с помощью однократного болюсного введения или перорального приема Флекаинида (200-300мг)
- Пропафенон (450-600мг)

Другие методы лечения ФП

**Нефармакологические
методы контроля
ритма:**

интервенционные
– катетерная
абляция левого
предсердия

хирургические
– хирургическая
абляция левого
предсердия

Осложнения, ассоциированные с катетерной аблацией ФП

Классификация осложнения	Тип осложнения	Частота встречаемости [727, 748, 750, 754-759]
Тяжелые осложнения	Периоперационная смерть	<0,2%
	Травма пищевода (перфорация/фистула) ^a	<0,5%
	Периоперационный инсульт (включая ТИА/воздушную эмболию)	<1%
	Тампонада сердца	1-2%
Умеренные осложнения	Стеноз легочной вены	<1%
	Стойкий паралич диафрагмального нерва	1-2%
	Сосудистые осложнения	2-4%
	Другие тяжелые осложнения	≈1%
Умеренные или незначительные осложнения		1-2%
Статистически значимая	Бессимптомная эмболия ГМ ("немой инсульт") ^b	5-20%
	Рентгеновское облучение	

Пациент с ФП, перенесший открытую операцию на сердце
(например, аортокоронарное шунтирование, клапанная хирургия)

Терапия контроля ритма
желательна для улучшения
ФП-ассоциированной
симптоматики

Да

Нет

Выбор пациента совместно с решением мультидисциплинарной команды

Хирургическое лечение
ФП (IIaA)^a

Воздержаться от хирургического
лечения ФП

Рассмотреть возможность хирургической окклюзии УЛП у отдельных пациентов (IIbC)^b

Выбор дополнительной терапии контроля ритма после неуспешной терапии, направленной на улучшение симптоматики ФП

