

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

РЕФЕРАТ

ТЕМА: Ведение больных с фибрилляцией предсердий

Выполнил клинический ординатор
1 года обучения
Семенов В.С.

Преподаватель ДМН, профессор
Заведующий кафедрой терапии ИПО
Гринштейн Юрий Исаевич

Красноярск - 2021

Содержание

- Определение
- Этиология
- Клиника
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Ведение пациентов
- Лечение
- Профилактика
- Прогноз
- Использованная литература

Определение

Фибрилляция предсердий (ФП) – нарушение ритма сердца (НРС), характеризующееся частым хаотичным не ритмичным сокращением предсердий сердца, отсутствием Р, нерегулярностью RR, длительностью предсердного цикла $<200\text{мс}$ (>300 циклов в минуту)

Этиология

Для развития аритмии необходим триггер, её запускающий, и субстрат, её поддерживающий.

Патофизиологические изменения, предшествующие ФП включают любые структурные заболевания сердца, так как они ведут к ремоделированию желудочков и предсердий. В предсердиях этот процесс характеризуется **замещением фибробластов миофибробластами**, ведущее к диссоциации волн возбуждения и способствующие появлению и сохранению волн Re-entry.

В первые несколько дней от начала ФП происходит **укорочение** предсердного **эффективного рефрактерного периода** из-за подавления входящего потока ионов Са через L-каналы, и усиление входящего тока ионов К. Такое электрическое ремоделирование способствует стабилизации ФП. Обратное ремоделирование происходит в течение нескольких дней после восстановления синусового ритма.

Ткань лёгочных вен, имеющая **короткий рефрактерный период** и резкую смену ориентации проводящих волокон, играет важную роль в развитии предсердных тахиаритмий, в частности **пароксизмальных**. Абляция участков высокой импульсации в этой зоне способствует восстановлению синусового ритма.

ФП ассоциирована со следующими клиническими состояниями: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, клапанные патологии сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, перикардит, врождённые пороки развития, операции на сердце, нарушение

функции щитовидной железы, сахарный диабет, хроническая болезнь почек.

Генетически ФП ассоциирована с: синдромом удлиннёного или укороченного QT; синдромом Бругада; гипертрофическая кардиомиопатия; семейной форме преждевременного возбуждения желудочков; ГТЛЖ из-за мутации гена PRKAG; семейные формы ФП из-за мутации ADRB1; мутация гена, кодирующего предсердный натрийуретический пептид; мутация SCN5A, нарушающая функцию Na каналов сердца.

Клиника

ФП начинается с коротких и редких эпизодов, учащающихся со временем.

Впервые выявленная ФП

Пароксизмальная ФП – аритмия длительностью до 7 суток. Самопроизвольно прекращающаяся в течение 48 часов, либо купированная посредством электроимпульсной или медикаментозной кардиоверсии.

Персистирующая ФП – аритмия длительностью более 7 суток, самостоятельно не купирующаяся, требующая кардиоверсии.

Длительно персистирующая ФП – ФП длительностью более года, когда выбрана тактика восстановления синусового ритма.

Постоянная форма ФП – аритмия, купировать которую не удалось, выбрана тактика сохранения ФП.

Диагностика

Заподозрить ФП, даже при отсутствии характерных жалоб на «сердцебиение» и перебои в работе сердца, можно оценив регулярность пульса, однако для подтверждения диагноза ФП необходима запись ЭКГ.

Любую аритмию, имеющую характерные для ФП признаки и продолжающуюся не менее 30 секунд на участке записи ЭКГ, следует расценивать как ФП.

У больных с подозрением на ФП с клиническими симптомами «сердцебиение» и одышка необходимо проведение суточного мониторинга.

При пароксизмальной ФП показано холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 7 суток. Отрицательные результаты исследования предсказывают отсутствие ФП с точностью 30%.

После ОНМК ступенчатая схема: ЭКГ 5 раз в день за тем холтеровское суточное мониторирование, за тем семидневное.

ЧП ЭхоКГ в случае ранней кардиоверсии или катетерной абляции, если прошло более 48 часов от момента начала приступа ФП, для исключения тромба в ушке ЛП.

Дифференциальная диагностика

Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через АВ-узел.

У большинства больных с предсердными тахикардиями наблюдаются более продолжительные предсердные циклы ($>200\text{мс}$).

Иногда блокада АВ-узла при пробе Вальсальвы, массажа каротидного синуса или внутривенного введения аденозина, помогает в дифференциальной диагностике предсердной аритмии при частом желудочковом ритме.

Ведение пациентов

- Длительность симптомов (в первые 48ч возможно проведение кардиоверсии на фоне введения НМГ)
- Индекс EARS
- Риск инсульта CHA2DS2 VASc
- Установить наличие заболеваний, ассоциированных с ФП (Проведение ЭхоКГ, исследование функции щитовидной железы, оценка почечной функции, глюкоза крови, оценка признаков ишемии миокарда)

Наблюдение

- ✓ Необходимость антикоагулянтной терапии
- Скорректированы ли факторы риска или появились новые
- Восстановлен ли синусовый ритм
 - ✓ Выраженность симптомов на фоне терапии
 - ✓ Аритмогенное действие ЛС
 - ✓ Прогрессирование ФП из пароксизмальной

Лечение

- Антикоагулянты
 - Варфарин 2.5
- Антиагреганты
 - Ацетилсалициловая кислота 75-100
 - Клопидогрел 75

Применение антиагрегантов в качестве монотерапии, а также в сочетании друг с другом, прогностически хуже с точки зрения профилактики кардиоэмболических осложнений, в сравнении с антикоагулянтами, при этом частота геморрагических осложнений сопоставима при сравнении АВК и АСК + клопидогрел. В случаях, когда есть противопоказания для применения АВК (кроме высокого риска кровотечения), следует назначать АСК + клопидогрел вместо монотерапии АСК.

Сочетание АВК с АСК и клопидогрелом не достоверно снижают риск тромбоэмболических осложнений. У пациентов, перенёсших ишемический инсульт во время терапии АВК, рекомендовано увеличение МНО с 2-3 до 3-3,5.

➤ НПОАК

- Дабигатрана этексилат 150 2 рвд (Клиренс креатинина до 30, при дозировке 110 2 рвд)
- Ривароксабан 20 1 рвд (КК до 15, при дозировке 15 1 рвд)
- Аликсабан 5 2рвд (КК до 30, при дозировке 2,5 2 рвд)

НПОАК наиболее предпочтительны при ФП, чем варфарин, так как имеют меньший риск геморрагического инсульта; за исключением случаев наличия искусственных клапанов сердца, в которых НПОАК значительно уступают варфарину.

Лекарственные взаимодействия и выбор дозы НПОАК [418]

Препарат	Дабигатрана этексилат	Ривароксабан	Аликсабан
Аторвастатин	+ 18%	Не влияет	Данных нет
Дигоксин	Не влияет	Не влияет	Данных нет
Верапамил	+ 12–180%	Минимальный эффект (использовать с осторожностью при клиренсе креатинина 15–50 мл/мин)	Данных нет
Дилтиазем	Не влияет	Минимальный эффект (использовать с осторожностью при клиренсе креатинина 15–50 мл/мин)	+ 40%
Хинидин	+ 50%	+ 50%	Данных нет
Амиодарон	+ 12–60%	Минимальный эффект (использовать с осторожностью при клиренсе креатинина 15–50 мл/мин)	Данных нет
Дронедазон	+ 70 = 100%	Данных нет	Данных нет
Кетоконазол, Итраконазол, Вориконазол	+ 140–150%	До + 160%	+ 100%
Флюконазол	Данных нет	+ 42% (при систематическом применении)	Данных нет
Циклоспорин Такролимус	Данных нет (фармакокинетические предположения)		Данных нет
Кларитромицин, Эритромицин	+ 15–20%	+ 50%	Данных нет
Ингибиторы протеаз (ритонавир)	Данных нет нет (фармакокинетические предположения)	До + 153%	Значительное увеличение
Римфампицин, Карбамазепин, Фенитоин, Фенобарбитал	- 66%	До - 50%	- 54%
Антациды блокаторы протонной помпы, H ₂ рецепторов)	- 12–30%	Не влияет	Данных нет

Примечание: белый цвет – изменение дозы не требуется; серый цвет – применение противопоказано; голубой цвет – рекомендуется снижение дозы (дабигатран со 150 мг х 2 раза в день до 110 мг х 2 раза в день, для ривароксабана с 20 мг х 1 раз в день до 15 мг х 1 раз в день, для аликсабана с 5 мг х 2 раза в день до 2,5 мг х 2 раза в день); синий цвет – возможно снижение дозы, если имеются такие дополнительные факторы риска кровотечений, как нарушение функции почек, возраст старше 75 лет, вес ниже 60 кг.

Данных по ведению пациентов с терминальной ХБП не достаточно, однако есть данные за увеличение риска геморрагического инсульта у таких пациентов на варфарине.

Системный тромболизис при ишемическом инсульте эффективен в первые 4.5 часа от начала симптоматики, приём НПОАК является абсолютным противопоказанием, однако может быть проведён пациентам на АВК с МНО<1.7 или пациентам на Дабигатране, если последний приём препарата был 48 часов назад при нормальных значениях АЧТВ. Антидот дабигатрана – Идаруцизумаб.

Терапия НПОАК возобновляется после ТИА сразу же, однако следует пересмотреть назначенный препарат или дозировку.

После ИИ в первые 12 дней, в зависимости от риска геморрагической трансформации по КТ/МРТ

После ОКС с низким риском кровотечения (НРК): 3-я терапия – 6 месяцев, 2-я – 6 месяцев; с высоким риском кровотечения (ВРК): 3-я – 1 месяц, 2-я – 11 месяцев.

После ЧКВ НРК: 3-я 1 месяц, 2-я 11 месяцев; ВРК: 3-я 1 месяц, 2-я 5 месяцев

- Бетта-блокаторы и Дигоксин являются препаратами выбора для урежения ЧСС у лиц с ХСН со сниженной ФВ, не рекомендованы антагонисты кальция ввиду отрицательно инотропного действия. Целевое ЧСС <110, избегать брадикардии. Амиодарон назначается лишь при неэффективности комбинированной терапии, предпочтительный метод введения – в/в ч/з катетер.

Медикаментозная кардиоверсия:

Пропафенон в/в 1.5-2мг/кг в течение 10 минут, либо 450-600мг р.ос, не рекомендован лицам с ИБС и структурными заболеваниями сердца.

Амиодарон 5-7мг/кг в/в через центральный катетер 2 часа, поддерживающая доза 50мг/час в плоть до 1г за 24 часа.

Электроимпульсная кардиоверсия:

- Эффективнее с бифазными дефибрилляторами
 - Передне-заднее позиционирование электродов эффективнее передне-бокового
 - Предшествующее назначение антиаритмических препаратов увеличивает вероятность восстановления СР, их приём следует начать за 3 дня, а амиодарона за 3 недели до процедуры
 - Все пациенты должны находиться на антикоагулянтной терапии. Если ФП >48 часов, то терапия проводится 3 недели перед процедурой и 4 недели после восстановления СР.
- **Абляция** АВ-узла с последующей имплантацией ЭКС рассматривается у тяжёлых пациентов при неэффективности или невозможности медикаментозного ведения
- **Абляция** с целью изоляции лёгочных вен является методом лечения второй линии при неэффективности медикаментозной терапии

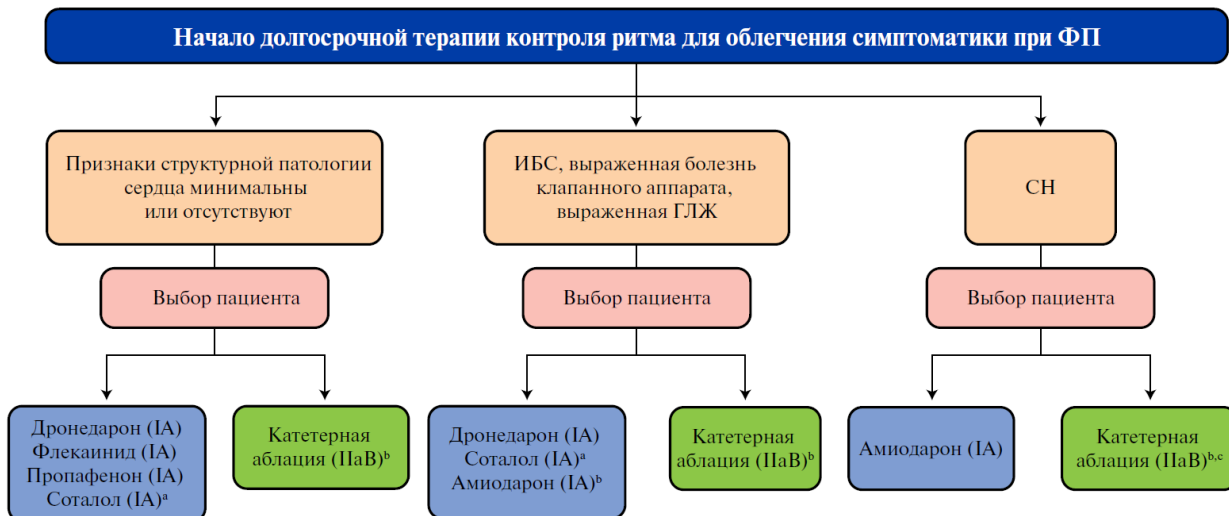


Рис. 17. Начало долгосрочной терапии контроля ритма у пациентов с симптомной фибрилляцией предсердий.

Примечание: ^a — Соталол требует тщательной оценки проаритмогенного риска. ^b — Целью катетерной абляции является достижение изоляции легочных вен, процедура может выполняться с использованием радиочастотных или криобаллонных катетеров. ^c — Катетерная абляция в качестве терапии первой линии обычно используется у пациентов с сердечной недостаточностью и тахикардиомиопатиями. ^d — Амиодарон используется у многих пациентов в качестве препарата второй линии терапии ввиду его внесердечных побочных эффектов.

Сокращения: ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, ИБС — ишемическая болезнь сердца, СН — сердечная недостаточность, ФП — фибрилляция предсердий.

- Препараты для снятия бронхоспазма теофиллины и бетта-агонисты могут провоцировать ФП
- Неселективные бетта-блокаторы, соталол, пропafenон следует применять с осторожностью у пациентов с бронхоспазмом, рекомендуется применять селективные бетта-блокаторы, верапамил и дилтиазем

У беременных возможно назначение Дигоксина, бетта-блокаторов (однако следует контролировать рост плода к 20 неделе ввиду свойства бетта-блокаторов задерживать развитие плода), данных о верапамиле и дилтиаземе недостаточно.

- Электрическая кардиоверсия не противопоказана, но есть риск эмбрионального дистресс синдрома; нужны условия для возможного экстренного кесарева сечения.
- Родоразрешение на левом боку для улучшения венозного возврата, адекватная оксигенация, центральный венозный катетер
- НМГ не противопоказаны при беременности; АВК тератогенны; влияние на плод НПОАК неизвестно.

Профилактика

ИАПФ/БРА/АРНИ, АМКР уменьшают вероятность развития ФП у пациентов с ХСН

Отказ от алкоголя

Физическая активность предполагает меньший риск развития ФПЮ однако интенсивные физические нагрузки, особенно связанные с выносливостью увеличивают вероятность возникновения ФП в дальнейшем

Прогноз

ФП ассоциируется с двукратным увеличением смертности от всех причин у женщин и 1,5-кратным у мужчин.

Литература

- Рекомендации ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с EACTS
- ESC Clinical Practice Guidelines. 2020 Guidelines for Management of Atrial Fibrillation
- Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012)
- ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ И ИНЦИЗИОННЫЕ ТАХИКАРДИИ А.В. Ардашев, Е.Г. Желяков, Е.А. Покушалов, А.Н. Туров, А.А. Шаваров

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра терапии ИПО.

Рецензия ДМН, профессора Гришштейна Юрия Исаевича на реферат ординатора первого года обучения по специальности «кардиология» Семенова Владислава Сергеевича по теме «Ведение пациентов с фибрилляцией предсердий».

Рецензия на реферат - это критический отзыв о приведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований к содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности «Кардиология»:

п/п	Оценочные критерии	Положительный/отрицательный
1	Структурность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Круг использования известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: Положительная/Отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: