

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

Кафедра Поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав.кафедры: проф., д.м.н.

Петрова Марина Михайловна

Реферат на тему: «Фибрилляция и трепетание предсердий»

Выполнил: ординатор 2 года

Павлова Анастасия Алексеевна

Красноярск 2018

Содержание

1.Определение

2.Этиология и патогенез

3.Эпидемиология

4.Код МКБ

5.Классификация

6.Диагностика

7.Лечение

8.Реабилитация

9.Профилактика

Определение

Фибрилляция предсердий – это наджелудочковая тахикардия, которая характеризуется быстрой и нерегулярной активацией предсердий без дискретной записи Р волны на поверхностной ЭКГ.

Основные ЭКГ характеристики :

- Длительность более 30 секунд при регистрации ЭКГ
- Нерегулярные интервалы RR на поверхностной ЭКГ
- Отсутствие четких Р волн на поверхностной ЭКГ
- Длительность цикла предсердного сокращения менее 200 мсек. при возможности его оценки

Этиология и патогенез

Основными этиологическими факторами, влияющими на развитие ФП являются:

- Возраст
- Ревматические пороки сердца
- ИБС
- Сердечная недостаточность
- Генетическая предрасположенность
- Сахарный диабет
- Артериальная гипертензия
- Ожирение
- Вредные привычки (курение, алкоголизм)

Основные патофизиологические механизмы ФП:

- Множественные фибрилляторные волны
- Ри-ентри
- Фокусная активность
- Роторная активация
- Волновая активность

Эпидемиология

По данным исследования 2010 года общее число людей с диагнозом ФП составило 20,9 млн., при 12,6 млн симптомных пациентах в развитых странах. К 2030 году ожидается число

пациентов с ФП в Европе составит 14-17 млн. при ежегодном выявлении 120 000 – 250 000 новых случаев в год. Ожидаемое число пациентов в общей популяции составит до 3% в возрасте от 20 лет, со значимым перевесом в сторону пожилых пациентов и у пациентов с такими коморбидными состояниями, как артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, поражение клапанов сердца, ожирение, сахарный диабет и хронические почечные заболевания. Увеличение числа пациентов связано как с улучшением системы диагностики бессимптомной ФП, так и с естественным старением организма и увеличением числа факторов риска.

Кодирование по МКБ-10

I48 – Фибрилляция и трепетание предсердий

Классификация

- Впервые выявленная – впервые зарегистрированная ФП, вне зависимости от длительности и тяжести симптомов
- Пароксизмальная форма – эпизод аритмии средней длительностью до 48 часов, в некоторых случаях до 7 дней, который купируется самостоятельно или кардиоверсией в течении заданного времени
- Персистирующая форма – эпизод аритмии, купирующийся при помощи медикаментозной или электрической кардиоверсии в срок от 7 дней до 1 года
- Длительно персистирующая форма- эпизод аритмии, купирующийся при помощи медикаментозной или электрической кардиоверсии в срок более 1 года при совместном выборе врачом пациентом тактики контроля ритма
- Постоянная форма – аритмия длительностью более 1 года, при которой совместно врачом и пациентом принимается решение о тактике контроля частоты сокращений. Является терапевтическим термином, не основывающимся на патофизиологии состояния
- Бессимптомная форма – аритмия, не имеющая клинических проявлений и выявляемая при скрининговой ЭКГ диагностике.

Диагностика

Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза и жалоб рекомендуется расспросить пациента об учащенном сердцебиении, быстрой утомляемости, одышки при нагрузке, боли за грудиной

1. Для оценки симптомов ФП в клинической и научной практике рекомендовано использовать модифицированную шкалу Европейской ассоциации ритма сердца

шкала имеет 5 градаций:

1 – отсутствие симптомов

2a – легкие – физическая активность не страдает от симптомов ФП

2b – умеренные - физическая активность не страдает, но пациент испытывает психологическое напряжение от симптомов ФП

3 – выраженные - физическая активность значимо снижена

4 – калечащие - физическая активность отсутствует

2. Для оценки риска развития инсульта, ТИА и системных эмболий рекомендовано использовать модифицированную шкалу CHA₂DS₂-VASc

шкала в числовом формате отражает степень влияния факторов риска на развитие ишемических событий (критерий + балл):

- Застойная сердечная недостаточность +1
- Артериальная гипертензия +1
- Возраст старше 75 лет +2
- Сахарный диабет +1
- Инсульт, ТИА или системная ТЭ в анамнезе+2
- Сосудистая патология +1
- Возраст 65-74 лет +1
- Женский пол +1

Лабораторная диагностика

Всем пациентам, принимающим варфарин или прочие низкомолекулярные производные гепарина, перед проведением операции РЧА необходим контроль МНО. МНО у пациентов без структурной патологии сердца, а также с механическим протезом аортального клапана сердца, должно находиться в референтных пределах 2-3. у пациентов со структурной патологией сердца, а также с механическим протезом митрального клапана сердца, должно находиться в референтных пределах 2,5-3,5. У пациентов с патологией щитовидной железы рекомендован контроль гормонального статуса до решения о выполнении РЧА.

Инструментальная диагностика

Рекомендована регистрация ЭКГ для верификации диагноза ФП

У людей старше 65 лет для выявления ФП рекомендован скрининг пульса или регистрация ЭКГ.

У пациентов с ТИА или ишемическим инсультом скрининг ФП рекомендовано начинать с регистрации краткой ЭКГ и продолжить длительным мониторингом ЭКГ в течении не менее 72 часов.

У пациентов с имплантированными ЭКС/ИКД рекомендовано на постоянной основе включать режим регистрации эпизодов ВЧПС. Пациентам с зарегистрированными эпизодами ВЧПС необходима регистрация ФП при помощи ЭКГ до начала лечения. Для оценки состояния сердца и определения тактики лечения рекомендовано выполнение трансторакальной ЭХО-КГ. Пациентам с пароксизмом ФП, длительностью более 48 часов, принимающим низкомолекулярные производные гепарина, рекомендовано выполнение чреспищеводного ЭХО-КГ для верификации тромбоза ЛП и УЛП перед планируемой кардиоверсией.

Лечение

Консервативное лечение Консервативное лечение пациентов с ФП можно разделить на три категории – контроль ЧЖ С, контроль ритма, антикоагулянтная терапия

Контроль ЧСС

У пациентов с ФВ ЛЖ более 40% для контроля ЧЖ С рекомендовано использовать б-блокаторы/сердечные гликозиды/антагонисты кальция

У пациентов с нестабильной гемодинамикой и значимо сниженной ФВ рекомендовано применение калиевых блокаторов для контроля ЧЖС в остром периоде

У пациентов с постоянной формой ФП и без возможности восстановления ритма использование ААП не рекомендовано

Рекомендованная начальная точка ЧЖС покоя при выборе тактики контроля частоты менее 110 уд./мин

Стратегию контроля ритма против контроля частоты рекомендовано использовать у пациентов с синдромами преэкситации желудочков и во время беременности

Контроль ритма

Контроль ритма рекомендован для улучшения симптомов ФП Для успешного удержания синусового ритма рекомендовано лечение состояний, связанных с факторами риска развития ФП Выбор между фармакологической и электрической кардиоверсией рекомендовано

основывать на совместном решении пациента и врача, за исключением пароксизмов ФП с нестабильной гемодинамикой

Кардиоверсия при ФП

Электрическая кардиоверсия рекомендована при остром пароксизме ФП с нестабильной гемодинамикой для улучшения сердечного выброса

Фармакологическая/электрическая кардиоверсия рекомендована для симптомных пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП как часть стратегии контроля ритма

Предварительная терапия калиевыми и натриевыми блокаторами рекомендована перед проведением электрической кардиоверсии для достижения большей эффективности процедуры и профилактики рецидива ФП

Для фармакологической кардиоверсии впервые возникшей ФП у пациентов без зарегистрированной структурной патологии сердца и ИБС рекомендовано использовать антиаритмические препараты

Калиевые блокаторы рекомендованы у пациентов с ФП без зарегистрированной структурной патологии сердца и ИБС

Восстановление синусового ритма при помощи сверхчастой стимуляции предсердий рекомендовано пациентам с ТП в качестве альтернативы электрической кардиоверсии

Подбор ААП рекомендовано основывать на тщательном анализе симптоматики, коморбидной патологии пациента, риска развития сердечно-сосудистой патологии, проаритмического эффекта, экстракардиального токсического поражения и предпочтений пациента

Антиаритмические препараты 1С и 3 классов (кроме амиодарона) рекомендованы для профилактики рецидивов симптомной ФП у пациентов с сохранной насосной функцией ЛЖ и без выраженной гипертрофии

амиодарон более эффективен чем прочие ААП для профилактики рецидивов симптомной ФП, однако он обладает выраженным экстракардиальным токсическим эффектом, усиливающимся с течением времени

Пациентам, принимающим ААП, рекомендовано регулярное наблюдение (1 раз в 6 месяцев) для оценки качества проводимой терапии

Терапия ААП не рекомендована пациентам с удлинением интервала QT (более 0,5 сек) или выраженными нарушениями проводимости (СССУ, АВБ) без имплантированного ЭКС

Постоянная предсердная стимуляция рекомендована для продолжения терапии ААП при возникновении или усугублении симптомов медикаментозно-индуцированной брадикардии у пациентов, которым по различным причинам не показана РЧА

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы ангиотензивных рецепторов и б-блокаторы рекомендованы для лечения и профилактики впервые возникшей ФП у пациентов с СН и сниженной

Антикоагулянтная терапия

Прием ОАК для профилактики тромбоэмболических событий рекомендован всем пациентам мужского пола с 2 и более баллами по шкале CHA2DS2-VASc

Прием ОАК для профилактики тромбоэмболических событий рекомендован всем пациентам женского пола с 3 и более баллами по шкале CHA2DS2-VASc

Прием ОАК для профилактики тромбоэмболических событий рекомендован всем пациентам мужского пола с 1 баллом по шкале CHA2DS2-VASc

При приеме антагонистов витамина К рекомендовано удерживать МНО в пределах 2 -3 под постоянным контролем

Прием ОАК для профилактики тромбоэмболических событий рекомендован всем пациентам женского пола с 2 баллами по шкале CHA2DS2-VASc, учитывая индивидуальные характеристики и предпочтения пациента

При начале приема антикоагулянтной терапии рекомендован НОАК (апиксабан, дабигатран, ривароксабан или эдоксабан), нежели антагонистов витамина К

При приеме антагонистов витамина К рекомендовано удерживать МНО в пределах 2 -3 под постоянным контролем

Переход с антагонистов витамина К на НОАК рекомендован при невозможности адекватного контроля МНО пациентом, его личном желании и отсутствии противопоказаний (например, наличие механического клапана сердца)

Комбинация антикоагулянтной и антиагрегантной терапии у пациентов с ФП ведет к высокому риску развития кровотечения и не рекомендуется к применению

У пациентов любого пола без риска развития инсульта/ТИА не рекомендован прием антикоагулянтов в целях профилактики

Изолированная антиагрегантная терапия не рекомендована для профилактики инсульта/ТИА

Всем пациентам рекомендована антикоагулянтная терапия за 8 недель до интервенционной или хирургической абляции

Антикоагулянтная терапия рекомендована всем пациентам высокого риска развития инсульта после успешно выполненной РЧА

Прием антагонистов витамина К или НОАК рекомендован не прерывать на период вмешательства с контролем адекватности терапии

Антикоагулянтная терапия гепарином или НМПП не рекомендуется непосредственно после состоявшегося инсульта у пациентов с ФП

Пациентам, перенесшим инсульт/ТИА во время приема антикоагулянтов, рекомендована оптимизация терапии

Пациентам со средней тяжести и тяжелым инсультом рекомендована отмена антикоагулянтов на срок 3-12 дней с оценкой клинических симптомов и рисков кровотечения

Рекомендован прием НОАК нежелательно антагонистов витамина К у пациентов с перенесенным ранее

Комбинация антикоагулянтов и антиагрегантов не рекомендуется у пациентов после перенесенного инсульта

После перенесенного геморрагического инсульта рекомендовано возобновление приема антикоагулянтов не ранее чем через 4-8 недель после оценки рисков кровотечения и под контролем лабораторных и клинических показателей у пациента инсультом/ТИА

Хирургическое лечение

Операция «Лабиринт» рекомендована к выполнению у пациентов с ФП в сочетании с хирургической коррекцией пороков МК. Операция «Лабиринт» рекомендована к выполнению у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей ФП в сочетании с хирургической коррекцией пороков АК и/или АКШ. Миниинвазивная эпикардальная абляция ЛВ рекомендована пациентам с неэффективной катетерной РЧА с учетом предпочтения пациента и консилиума в составе кардиолога, электрофизиолога, сердечно-сосудистого хирурга и анестезиолога-реаниматолога

Операция «Лабиринт», предпочтительно из мини доступа, рекомендована пациентам с изолированной симптомной персистирующей и длительно персистирующей ФП при неэффективной терапией ААП или катетерной РЧА при доказанной эффективности и только по выбору пациента.

Реабилитация

Пациентам с ФП после хирургического лечения рекомендуется определение оптимального режима физической активности на основании объективной оценки физической работоспособности при помощи нагрузочных проб.

Пациентам с ФП после хирургического лечения рекомендуется использование опросников качества жизни для больных и родителей для разработки индивидуальных схем психологической реабилитации.

Пациентам с ФП после катетерной абляции специфическая реабилитация не рекомендуется

Профилактика

Ранняя коррекция митрального стеноза рекомендована у пациентов со сниженной функцией ЛЖ в т.ч. для профилактики развития ФП, не зависимо от наличия или отсутствия симптомов аритмии

Пациентам с ожирением рекомендован контроль веса в сочетании с коррекцией прочих факторов риска для профилактики возникновения ФП. Коррекция гипоксемии и ацидоза рекомендована всем пациентам с впервые возникшей ФП на фоне острой или хронической патологии легких

Физические нагрузки средней степени рекомендованы всем пациентам с ФП, однако стоит учитывать, что повышенные физические нагрузки (профессиональный спорт) могут привести к рецидиву ФП

Список литературы:

1. Руководство по кардиологии в 4-х томах. Том 2. Методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Под ред. Е.И. Чазова 2018г-776стр.
2. Функциональная диагностика. Национальное руководство.
Под ред. Н.Ф. Берестень, В.А. Сандрикова, С.И. Федоровой 2018г-784
3. Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества.
Фармакологический справочник Муртазин А.И. 2017г-483стр
4. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие
Трухан Д.И., Филимонов С.Н 2018г- 319стр
5. Клинические рекомендации по кардиологии