

Белялов Ф.И.

**Новые подходы  
в лечении фибрилляции  
предсердий**

# Обсуждаемые вопросы

- Новые рекомендации.
- Новые препараты.
- Оптимальное лечение.



European Heart Journal  
doi:10.1093/eurheart/ehq278

ESC GUIDELINES



## Guidelines for the management of atrial fibrillation

The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)†

Endorsed by the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI)

Authors/Task Force Members: A. John Camm (Germany), Gregory Y. H. Lip (UK), Ulricke Schotten (UK), Sabine Ernst (UK), Isabelle C. Vanhaverbeke (France), Gerhard Hindricks (Germany), (Belgium), Ottavio Alfieri (Italy), Annalisa G. Di Gregorio (Italy), Raffaele De Caterina (Italy), Andreas Goette (Germany), Bulent Gorek (Germany), Stefan H. Hohnloser (Germany), Philippe Kirchhof (Germany), Piotr Ponikowski (Poland), Frans H. Rutten (The Netherlands)

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG): Alec V. Schamp (Switzerland), Jeroen Bax (The Netherlands), Claudio C. Klersma (Greece), Christian Funck-Brentano (France), Richard D. White (UK), Bogdan A. Popescu (Romania), Zeljko Reiner (Croatia), Michal Tendera (Poland), Panos E. Vardas (Greece)

Document Reviewers: Panos E. Vardas (CPG Review Co-Chair), Toshio Balabanski (Bulgaria), Carina Blomstrom (The Netherlands), Björn Dahlöf (Sweden), Thierry Folliguet (Belgium), Dietrich C. Gulba (Germany), Siew Yen Ho (Singapore), John McMurray (UK), Pasquale Perrone Filardi (Spain), Martin J. Schalij (The Netherlands), Alexandros K. Vekris (Greece), Janina Stepinska (Poland), Hasso Uuetoa (Estonia), Jose Luis Zamora (Spain)

The disclosure forms of the authors and reviewers are available in the online version of this document.

# Рациональная Фармакотерапия



## Кардиологии

Pharmacotherapy in Cardiology  
Рецензируемый журнал для кардиологов и терапевтов

2011

Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования  
Кардиоаритмологический центр ИГМАПО  
Департамент здравоохранения и социальной помощи  
населению администрации г. Иркутска

## Клинические рекомендации по внутренним болезням



Иркутск  
05.10.2011

А И ЛЕЧЕНИЕ  
И ПРЕДСЕРДИЙ  
ВНОК И ВНОА, 2011 г.

Индексирование  
Index Copernicus



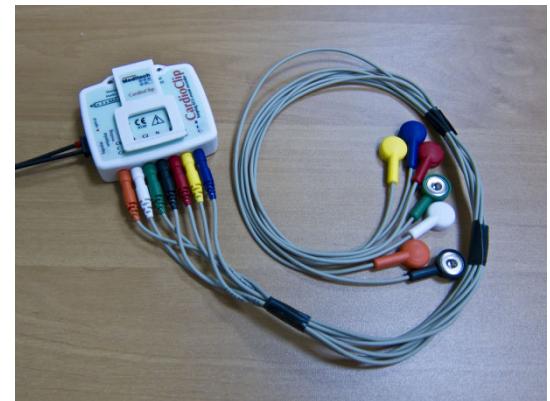
# Диагностика ФП

- Пациент С., 36 лет.
- Приступы неритмичного сердцебиения с пресинкопе, провоцируются горячей ванной, алкоголем...

02.10.2011  
02:16:20

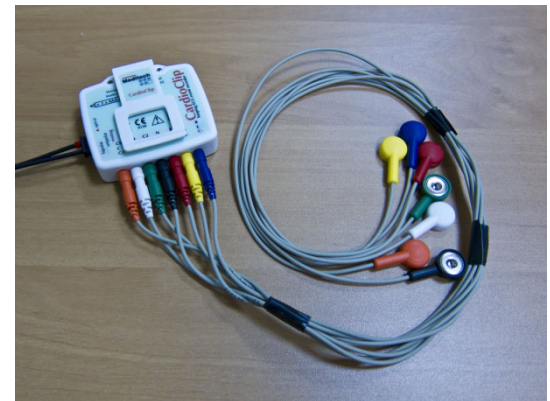
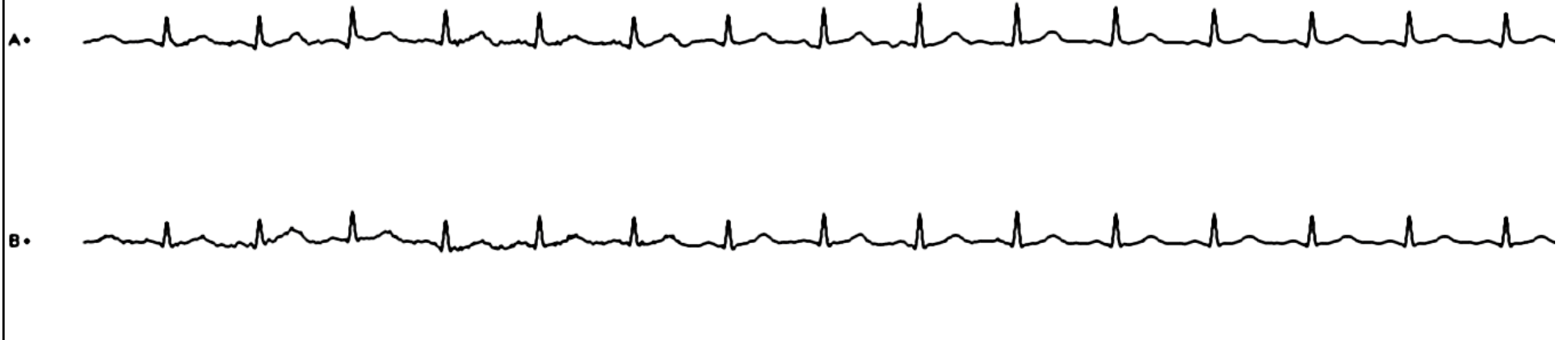


50 мм/сек  
10 мм/мВ



02.10.2011  
02:02:41

7





# Профилактика аритмии

Рекомендации	Класс	Уровень
<p>Следующие антиаритмические препараты рекомендуется применять для контроля ритма у больных с ФП с учетом заболевания сердца, лежащего в основе аритмии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амiodарон</li> <li>• Дронедарон</li> <li>• Пропафенон</li> <li>• d,l-соталол</li> <li>• Флекаинид</li> <li>• Диэтиламинопропионилэтоксикарбониламинофенотиазин (Этацизин®)</li> <li>• Лапаконитина гидробромид (Аллапинин®)</li> </ul>	<p>I</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>IIa</p> <p>IIa</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>C</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Морацизина гидрохлорид (Этмозин)</li> </ul>	<p>IIb</p>	<p>C</p>



**Отечественные препараты**

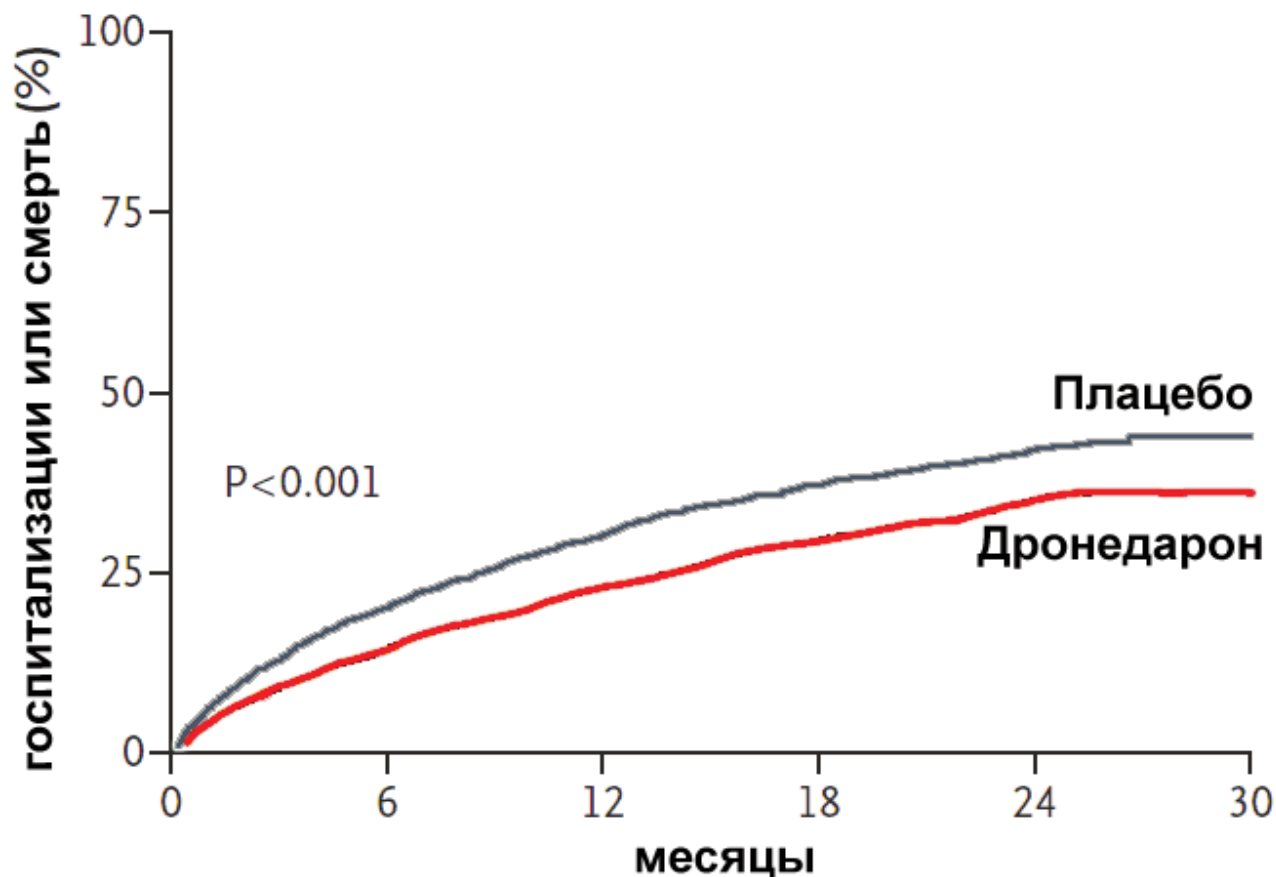






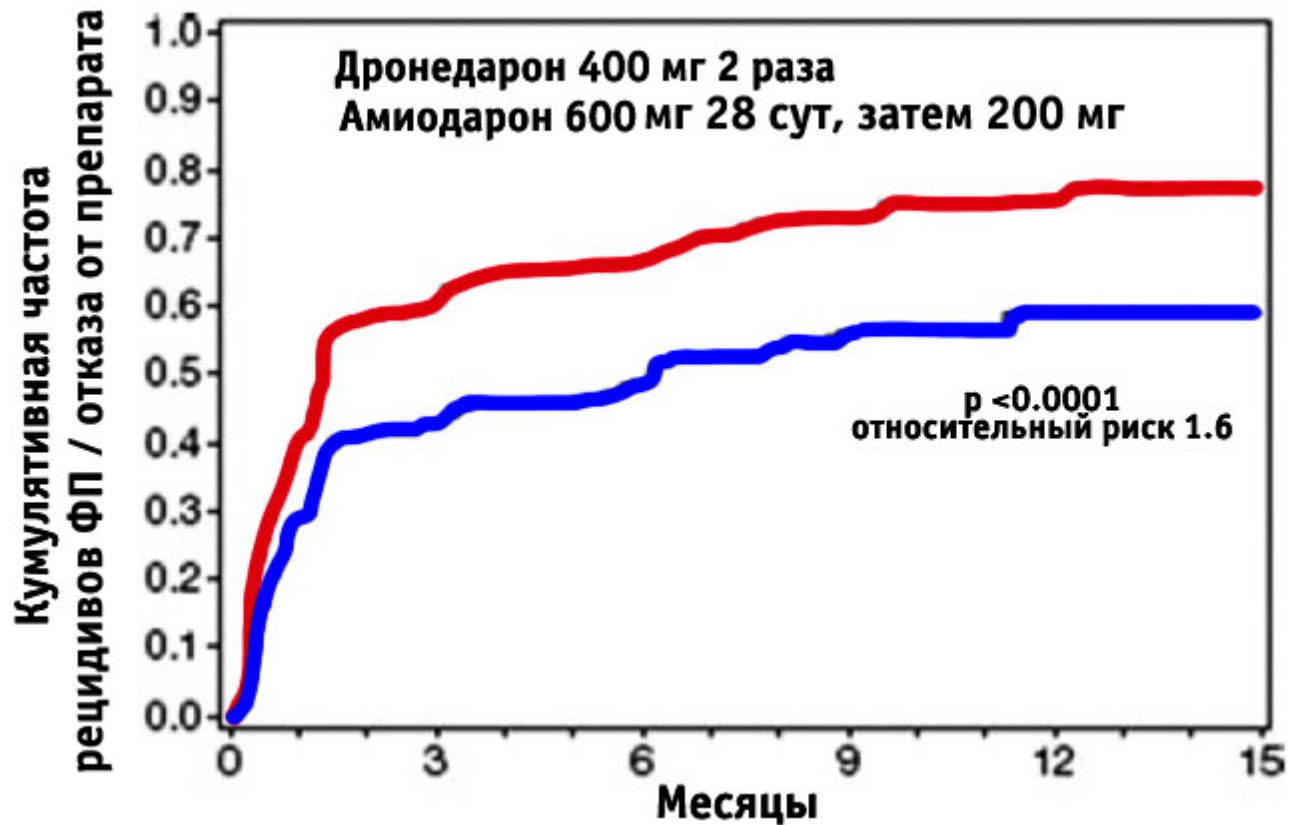
**Дронедарон**

# ATHERA: дронедазон



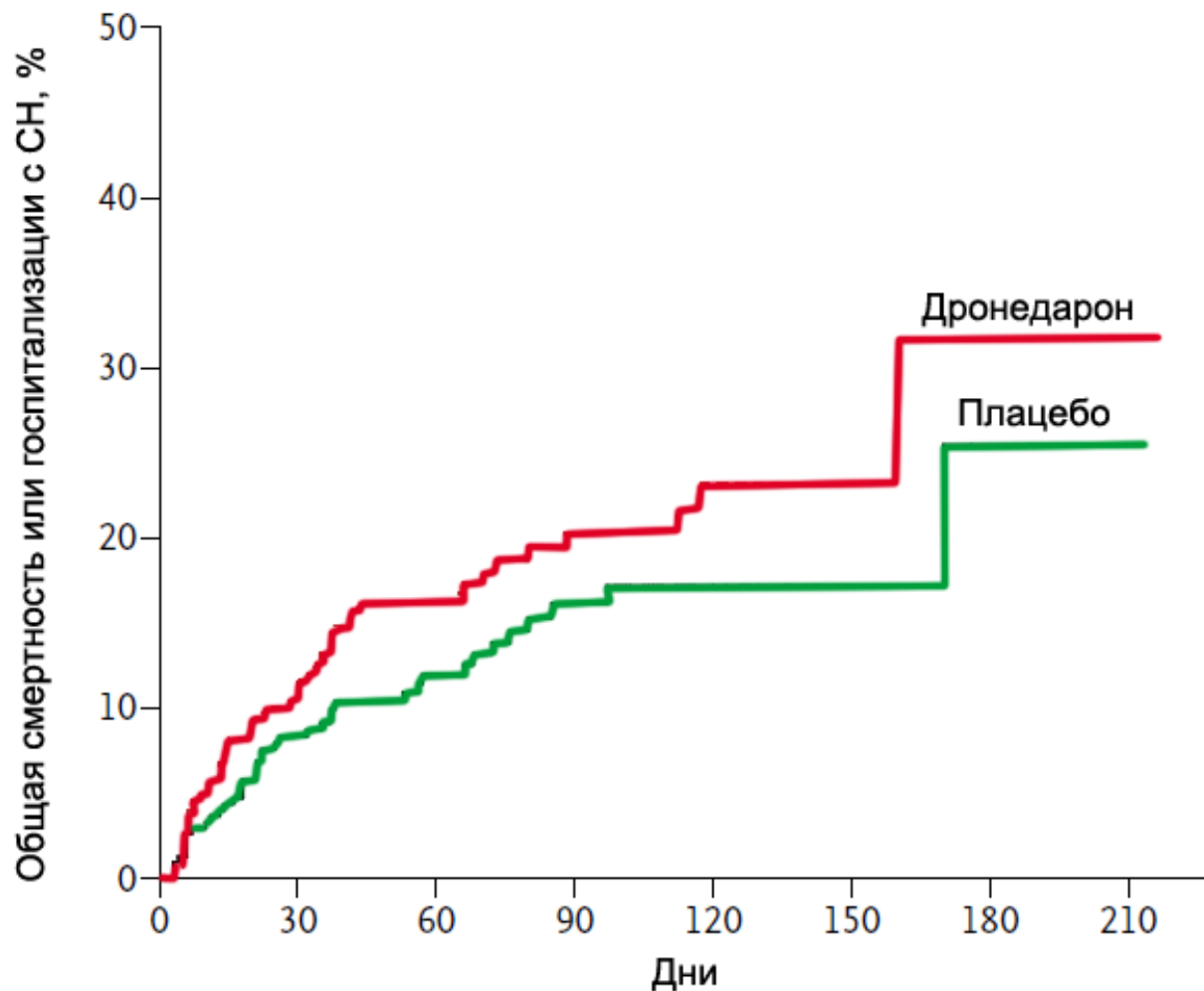
**Нет достоверного снижения общей смертности,**  
↓ 29% СС смертности ( $P = 0.03$ ), ↓26% СС госпитализаций ( $P < 0.001$ )

# DIONYSOS: дронедаарон vs амиодарон



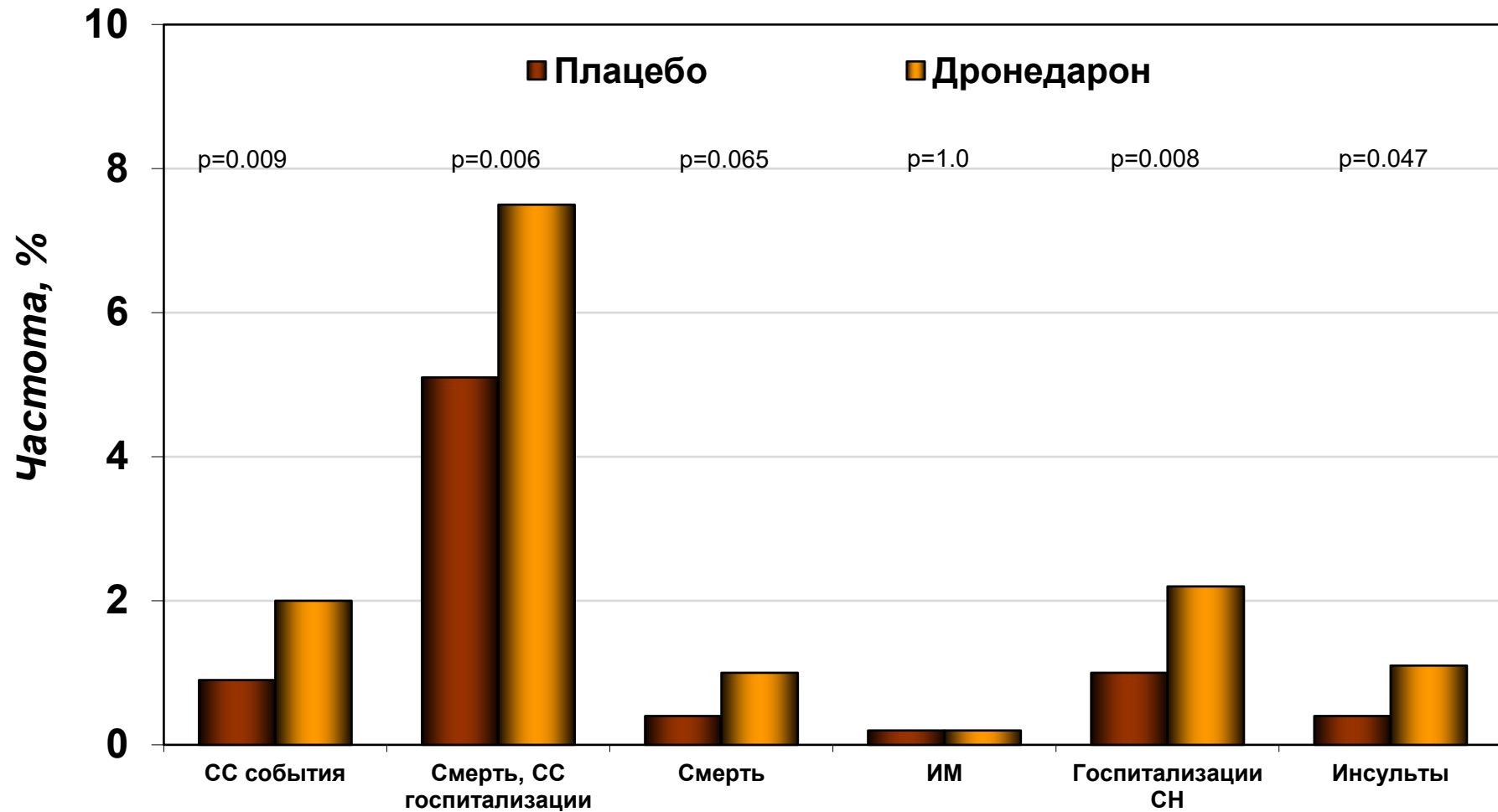
**Частота рецидивов за полгода: 37% vs 24%.**

# ANDROMEDA: дронедазон



За счет госпитализации с СН к 7 мес.  
В первые 5 мес повышалась смертность.

# PALLAS: дронедазон при ФП >6 мес



# PALLAS: дронедазон при ФП >6 мес

- ❑ Пациенты >65 лет.
- ❑ Постоянная ФП - без эпизодов синусового ритма  $\geq 6$  мес.
- ❑  $\geq 1$  дополнительный ФР: инсульт или ТИА, ИБС, СН, болезнь периферических артерий.

# Опасности дронедарона

- **Повышение смертности в**
  - 3 раза у пациентов с ХСН III-IVФК.
  - 3 раза при СКФ <50 мл/мин.
  - 2 раза при длительной ФП.
  - 4 раза при приеме дигиталиса.
- Выше риск повреждения печени и легких.



# Эффект дронедарона

Снижение риска госпитализаций при пароксизмальной/персистирующей ФП или ТП у пациентов с синусовым ритмом и недавними эпизодами аритмии.

## Drugs

Home > Drugs > Drug Safety and Availability

### Drug Safety and Availability

[Drug Alerts and Statements](#)

[Importing Prescription Drugs](#)

[Medication Guides](#)

[Drug Safety Communications](#)

[Drug Shortages](#)

## FDA Drug Safety Communication: Multaq (dronedarone) and increased risk of death and serious cardiovascular adverse events

[Safety Announcement](#)

[Additional Information for Patients](#)

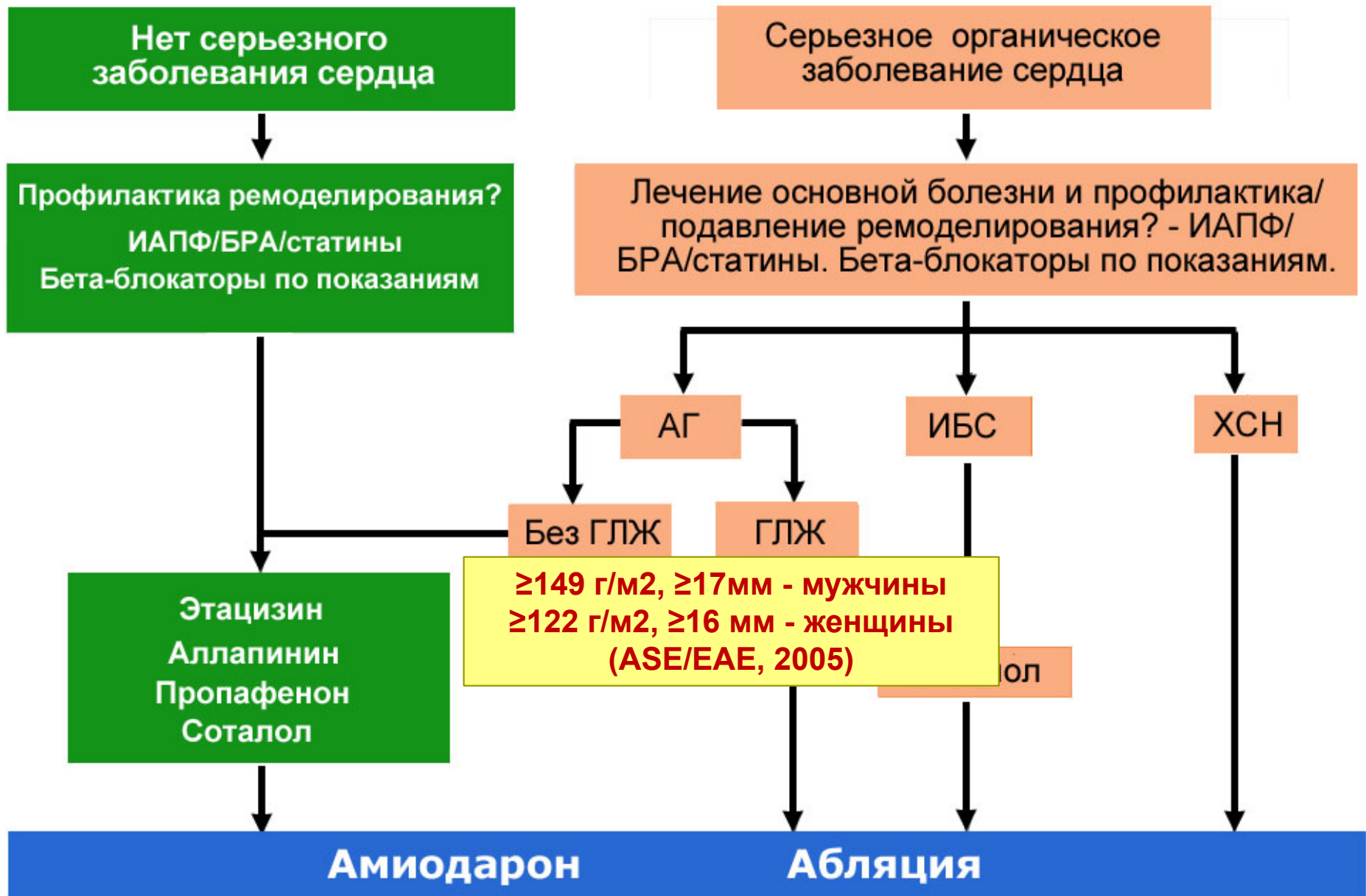
[Additional Information for Healthcare Professionals](#)

[Data Summary](#)

European Medicines Agency recommends restricting use of Multaq

Benefit-risk balance of anti-arrhythmic medicine remains positive in a limited population of patients with paroxysmal or persistent atrial fibrillation

**В России дронедазон не будет распространяться!**



**Пропафенон**

# Исследование ПРОСТОР

Российский кардиологический журнал № 4 (84) / 2010

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПАФЕНОНА  
(ПРОПАНОРМА®) И АМИОДАРОНА (КОРДАРОНА®) У БОЛЬНЫХ  
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ И  
СЕРДЕЧНОЙ  
ФУНКЦИИ  
Многоцентровое  
исследование

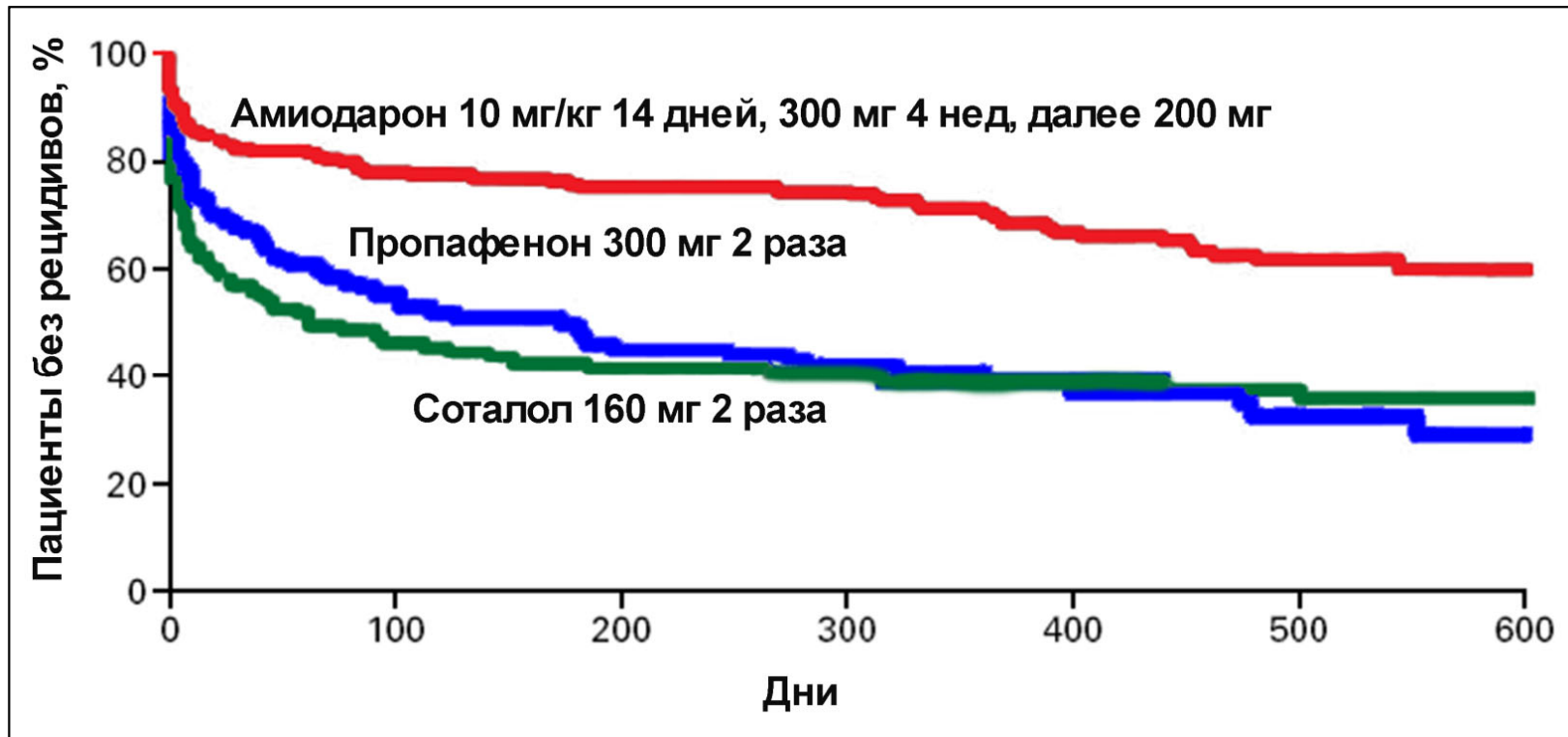
Миллер О.Н.,  
Волкова Э.Г.,

Статистический анализ проводился на персональном компьютере PC Pentium III-700 с использованием стандартных компьютерных программ MS Excel 2002 и SPSS 11.5 с представлением данных в виде средней величины и ее стандартного отклонения

## Выводы

1. Профилактическая антиаритмическая эффективность Пропанорма® при пароксизмальной и/или персистирующей ФП через 6 месяцев терапии составляет 67,4%, через 12 месяцев – 54,2%, что не уступает таковой при использовании Кордарона® (62,7% и 52,9% соответственно). У 33,9% пациентов

# Исследование СТАФ



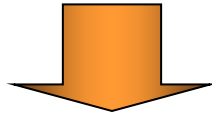
В исследовании «Простор» доза пропафенона составила 450 мг/сут.

# Проблемы исследования ПРОСТОР

- ❑ Низкое качество анализа данных.
- ❑ Выводы недостаточно обоснованы и противоречат предыдущим исследованиям, сравнение с которыми вообще не проводилось.

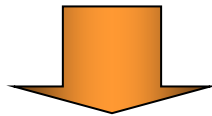
# Профилактика аритмии

**Бета-блокаторы**  
для контроля ЧСС



**Соталол**

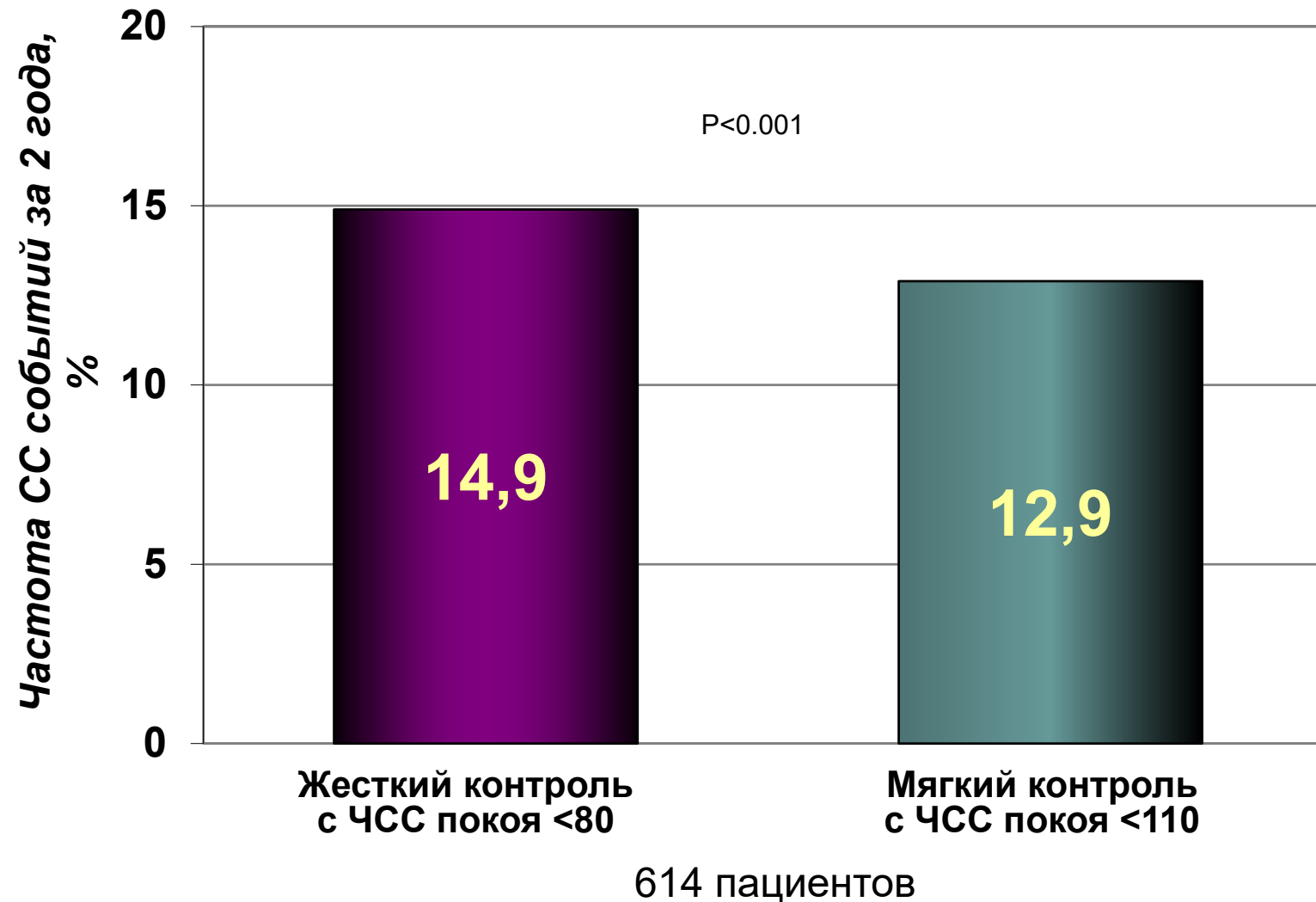
Аллапинин  
Пропафенон



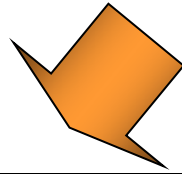
**Амиодарон**



# RACE II: контроль ЧСС

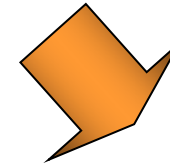


## Контроль ЧСС в покое



**Жесткий**  
**60-80**

Метопролол 80-240 мг  
Верапамил 120-360 мг  
Дигоксин 0.125-0.500 мг



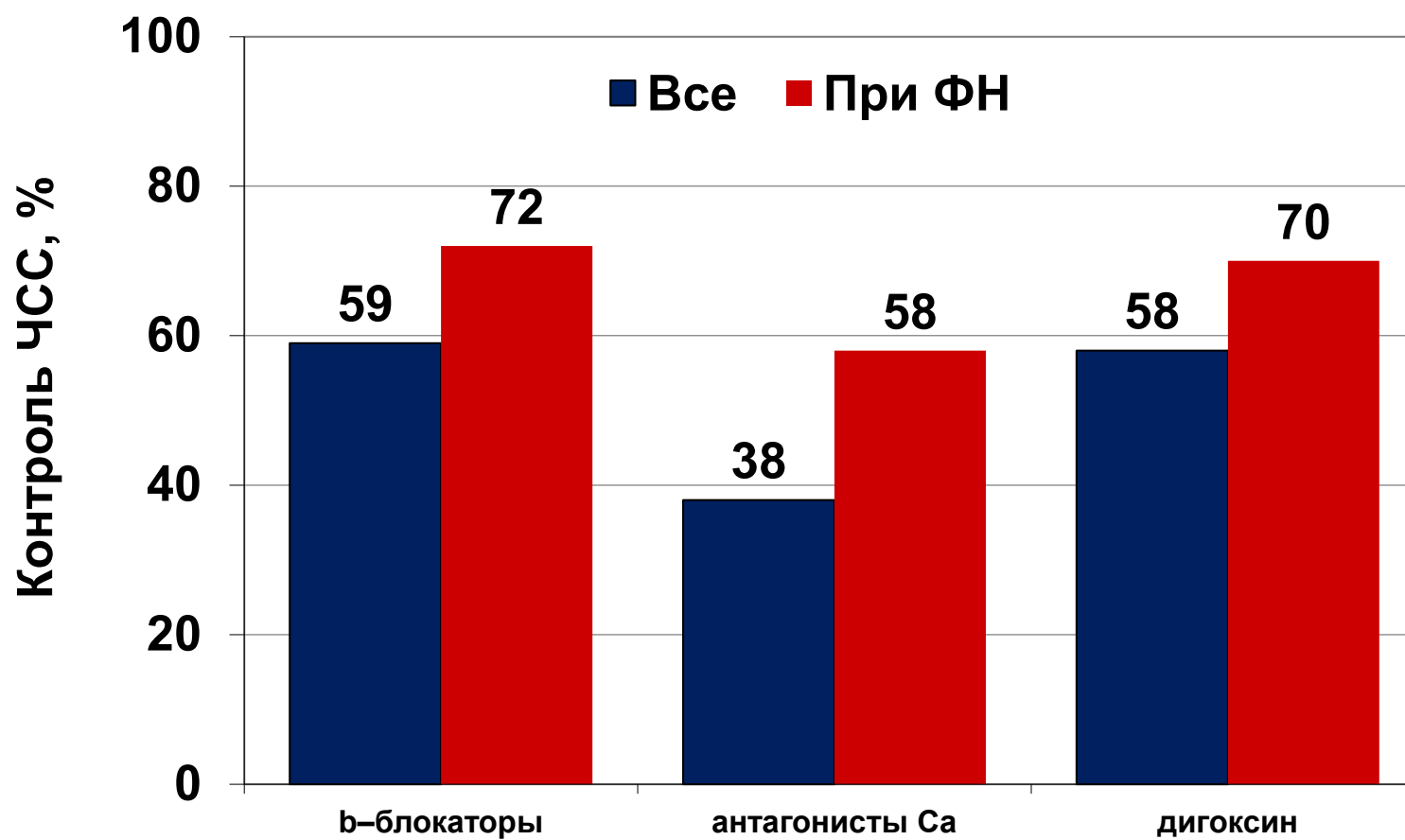
**Мягкий**  
**80-110**

*Нет выраженных симптомов*

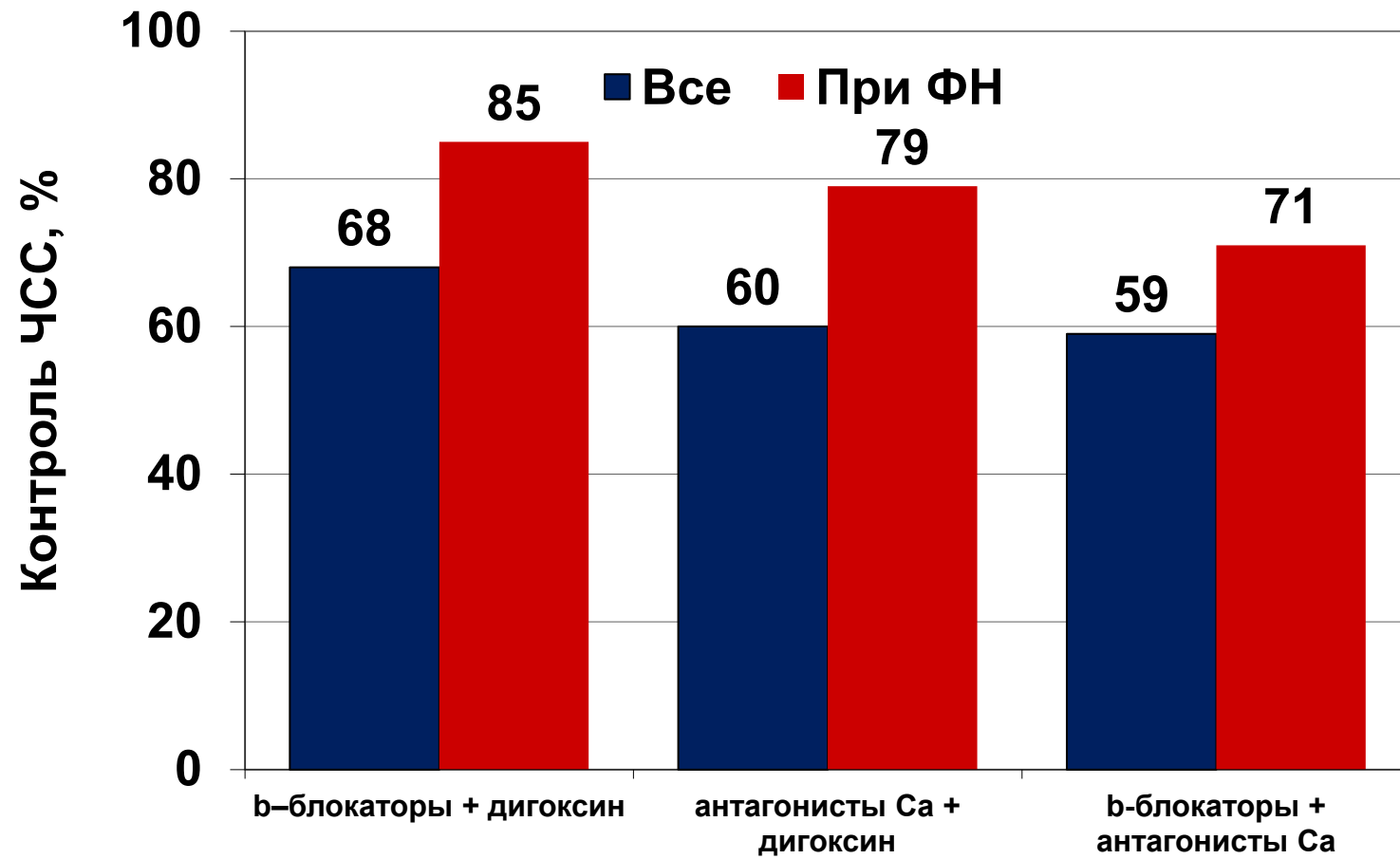
Метопролол 60-200 мг  
Верапамил 100-240 мг  
Дигоксин 0.125-0.250 мг

Верапамил повышает концентрацию  
дигоксина на 50-90%!

# Контроль ЧСС

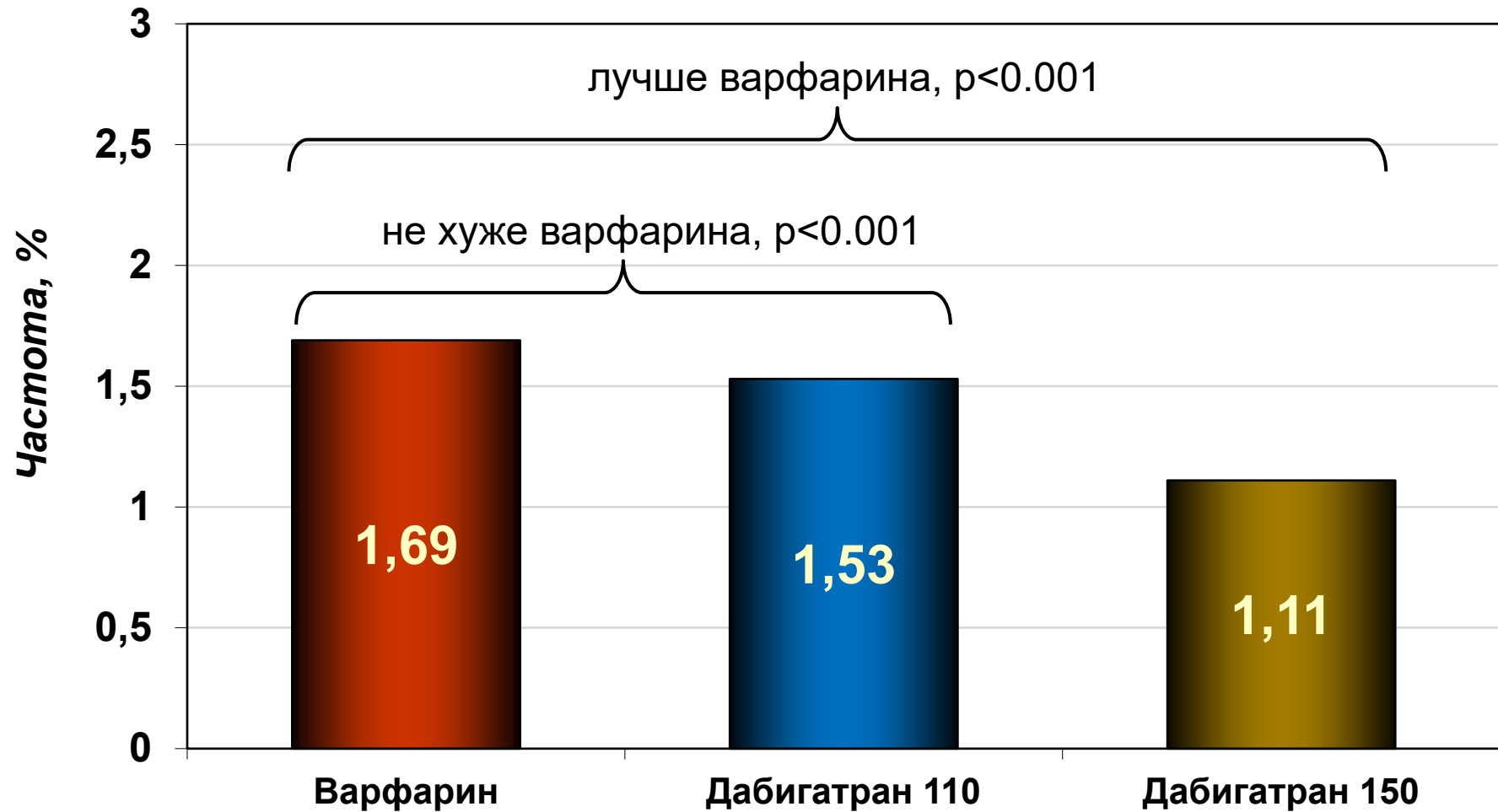


# Контроль ЧСС

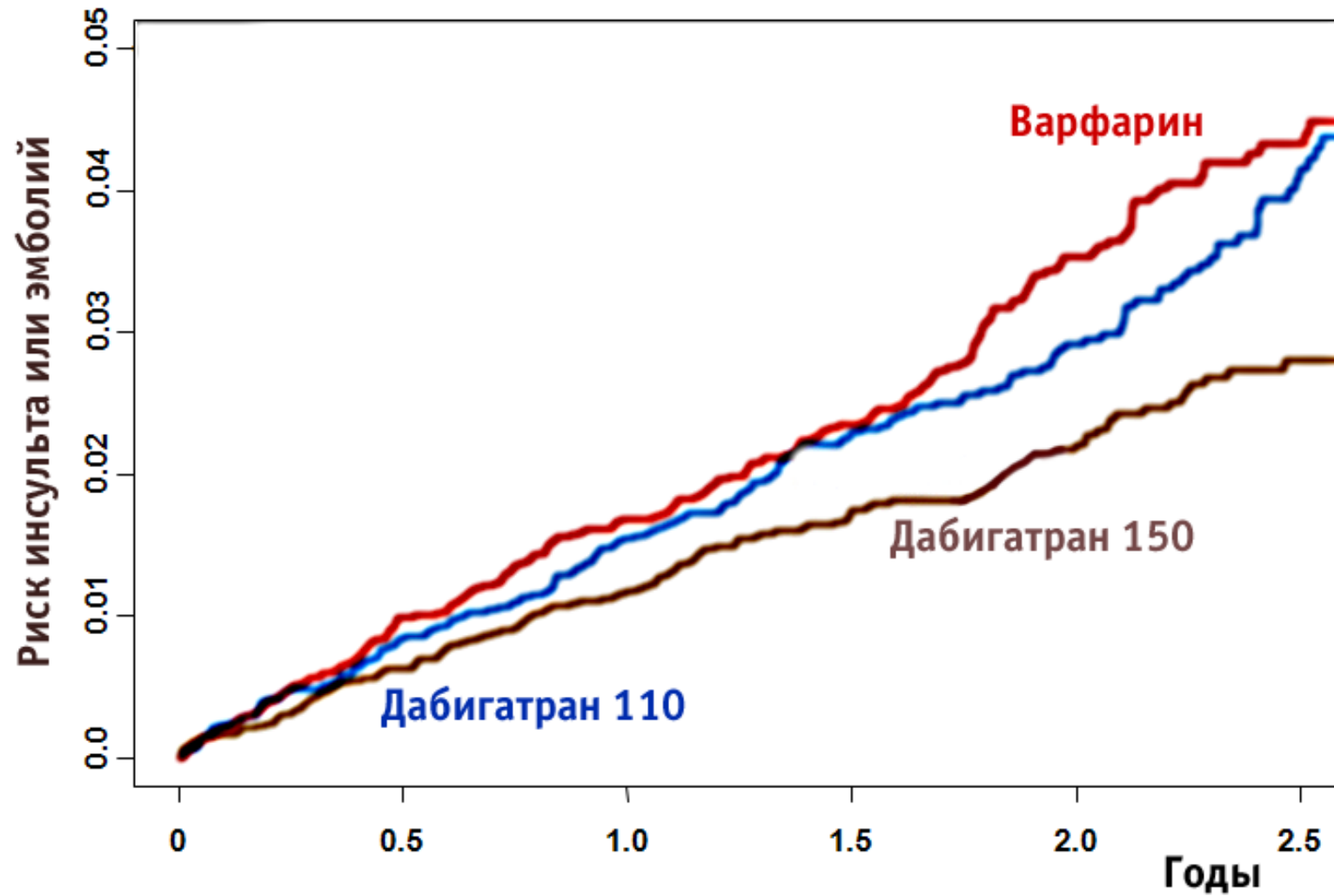




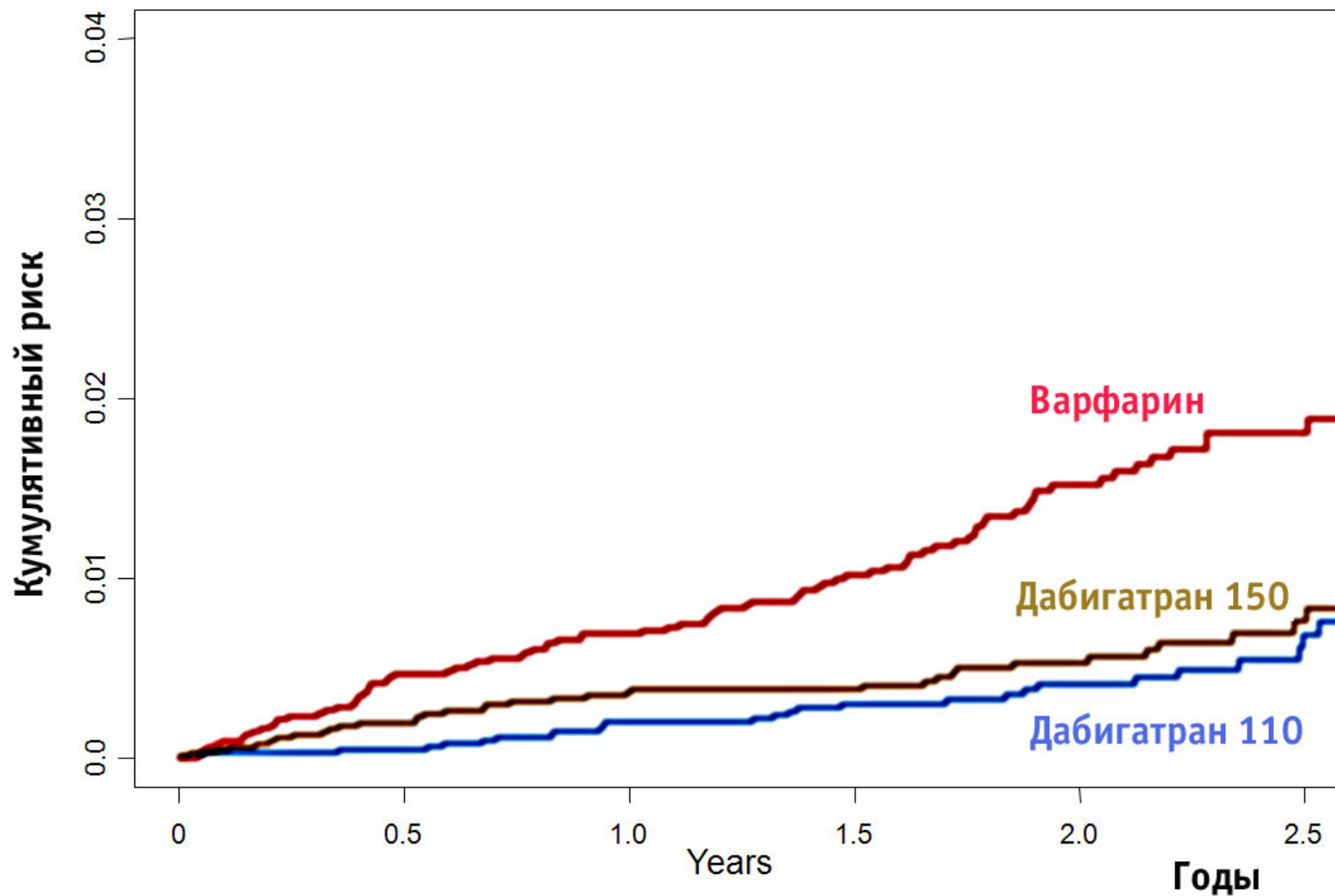
# RE-LY: Инсульты или системные эмболии



# RE-LY: Инсульты или системные эмболии

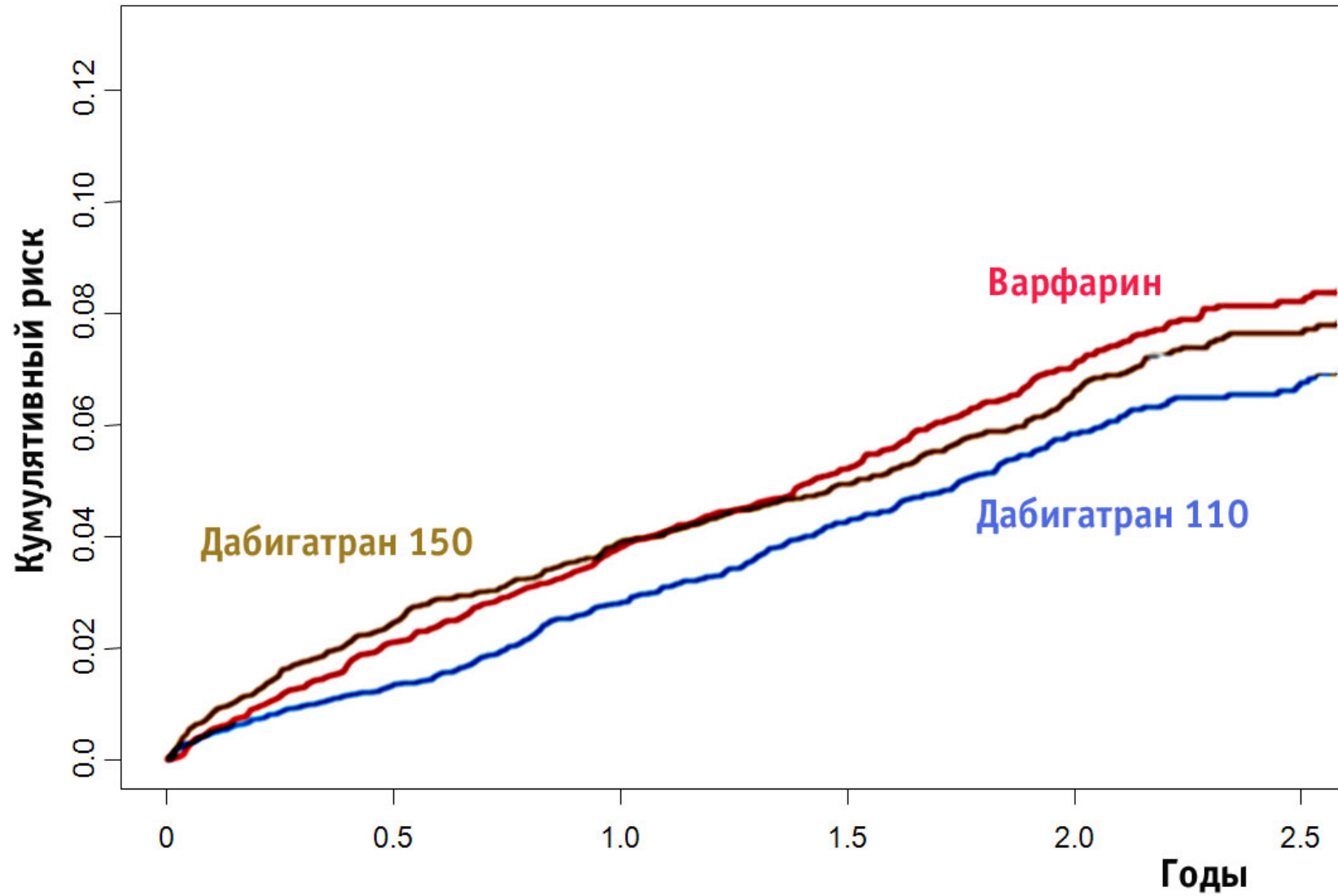


# RE-LY: Внутримозговые кровоизлияния





# RE-LY: Большие кровотечения



Дабигатрана этексилат\* может использоваться как альтернативный варфарину антикоагулянт для профилактики инсульта и артериальных тромбозов у больных с ФП и дополнительными факторами риска этих осложнений при условии отсутствия гемодинамически значимых пороков или искусственных клапанов сердца, тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина <30 мл/мин), заболеваний печени со снижением образования факторов свертывания крови, а также инсульта в предшествующие 14 дней или инсульта с большим очагом поражения в предшествующие 6 месяцев.

При выборе дозировки дабигатрана следует учитывать, что доза 150 мг 2 раза в день эффективнее варфарина в отношении снижения риска инсульта и артериальных тромбозов при одинаковом риске крупных кровотечений, а доза 110 мг 2 раза в день сравнима по эффективности с варфарином, но безопаснее в отношении риска крупных кровотечений

I

B

У больных с отсутствием факторов риска (в основном в возрасте <65 лет с изолированной ФП без факторов риска) предпочтительнее отказаться от анти-тромботической терапии, чем использовать ацетилсалициловую кислоту.

IIa

B

# **Средства с возможным антиаритмическим эффектом**

# Мета-анализ: лечение дислипидемии

- ❑ Среди 22 длительных и крупных исследований статинов против контроля (106000 рандомизированных пациентов, 2535 событий), лечение статинами не снизило риск ФП (0.95; P=0.24).
- ❑ 7 длительных исследований более интенсивного лечения статинами против стандартного режима (29000 рандомизированных пациентов, 1420 событий) также не выявили снижения риска (1.00, P=0.99).
- ❑ Заключение: предполагаемое предупреждение ФП при лечении статинами в непродолжительных исследованиях **не подтверждено** при анализе крупных длительных исследований.

# Рандомизированное исследование лечения омега-3-ПНЖК

- ❑ 4 месячное лечение омега-3-ПНЖК (8 г/сут неделю, затем 4 г/сут) не снизило риск рецидивов ФП в течение 6 мес.

# Профилактика

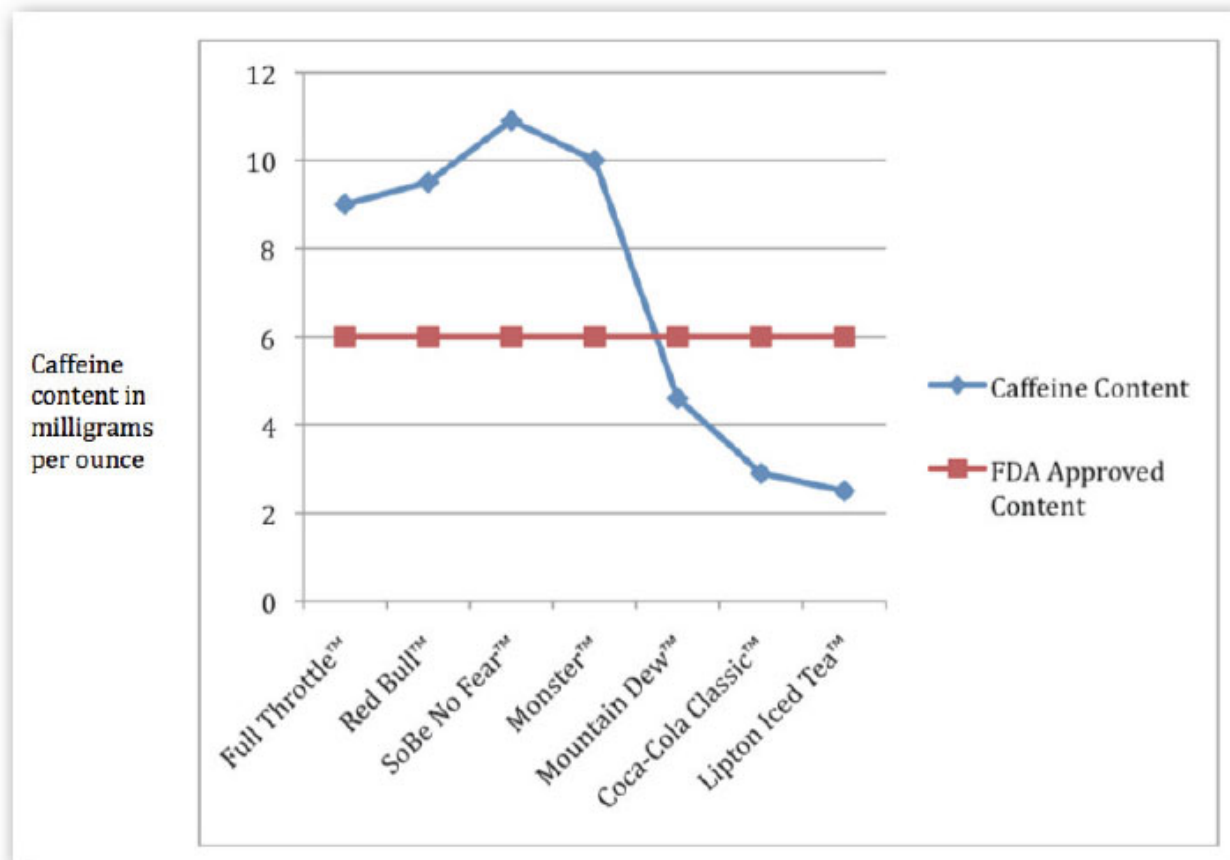
## Первичная

Лечение ингибиторами АПФ, БРА и статинами не рекомендуется для первичной профилактики ФП у больных без сердечно-сосудистых заболеваний	III	C
--	-----	---

## Вторичная

Рекомендации	Класс	Уровень
Возможность лечения ингибиторами АПФ и БРА может рассматриваться у больных с рецидивирующей ФП, которые получают антиаритмическую терапию	IIb	B
БРА и ингибиторы АПФ могут быть полезными для профилактики повторных пароксизмов ФП, а также у больных с персистирующей ФП без серьезного заболевания сердца, которым проводится электрическая кардиоверсия, если имеются другие показания к назначению препаратов этих групп (например, артериальная гипертензия)	IIb	B

# Кофеин-содержащие напитки





# Инвазивное лечение

- Отбор – ключевая задача.



## Пациент А., 48

- В 2004 году - синкопе, коллапс при ФП, после этого приступы <20 мин.
- В 2005 году эндокринологом установлен диагноз амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза, по поводу которого принимал тирозол.
- С весны 2010 года стойкая ФП, нарастает утомляемость, одышка при подъеме в гору. На сенокосе стало тяжело справиться с ФН.



Приложение № 1  
к приказу ГУЗ ИОКБ  
от 28.09.2007г. № 287  
Код учреждения по ОКПО 01925384  
Форма № 027у

Государственное учреждение здравоохранения  
Иркутская ордена "Знак Почета" областная клиническая больница  
664079, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100

Кардиологическое отделение

**ВЫПИСКА**

из медицинской карты стационарного больного № 32069.

Фамилия, имя и отчество больного [REDACTED]

Дата рождения: 08.11.1961

Домашний адрес: Иркутская область, Шелеховский район, с. Шаманка, ул. Сосновая, 8,2.

Даты поступления в стационар: 19.11.2010

выписки: 26.11.2010

Полный диагноз

Основное заболевание: **ИБС, фибрилляция предсердий постоянная форма.**

Осложнения основного заболевания: **ХСН 2А. ФК 2.**

Жалобы, анамнез: жжение за грудиной без связи с физической нагрузкой, одышка при физической нагрузке.

С 2004 года срыв ритма на мерцательную аритмию, ритм не восстанавливался.

Проведено обследование:

**ЭКГ:** фибрилляция предсердий с ЧСС для желудочков 65-100 в минуту, нарушение в/ж проводимости в нижней стенке, нарушение реполяризации в боковой стенке.

**ЭХО-КГ:** Ao 3,6см, ЛП 4,4x6,0см, ПП 4,3x5,5см, ПЖ 2,7см, КДРлж 5,7см, КСРлж 4,1см, ФВ 52%, зон гипокинеза нет.

**ККГ:** правый тип коронарного кровообращения. Стенотических поражений венечного русла не выявлено.

Проведено лечение: варфарин, конкор, дигоксин, престариум.

Выписывается в удовлетворительном состоянии.

Лечебные и трудовые рекомендации:

При выписке рекомендовано: ограничение физической нагрузки, в пище ограничить соль, жидкость, жиры животного происхождения.

Принимать:

- Варфарин 2,5 мг 1 таблетка 1 раз в день (должное МНО 2,0-3,0);
- Дигоксин 0,00025 ½ таб. 2 раза в день;
- Бисопролол 5 мг 1 раз в день (целевой уровень ЧСС 60-80 в минуту);
- Эналаприл 2,5 мг 2 раза в день или периндоприл 1,25 мг 1 раз в день (контроль АД);

Диспансерное наблюдение по месту жительства.

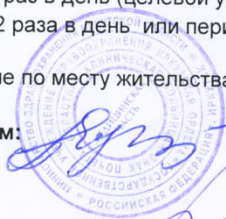
Заведующий отделением:

А.Л. Черкашина

Лечащий врач:

Е.В.Максюта

№ тел. 407653

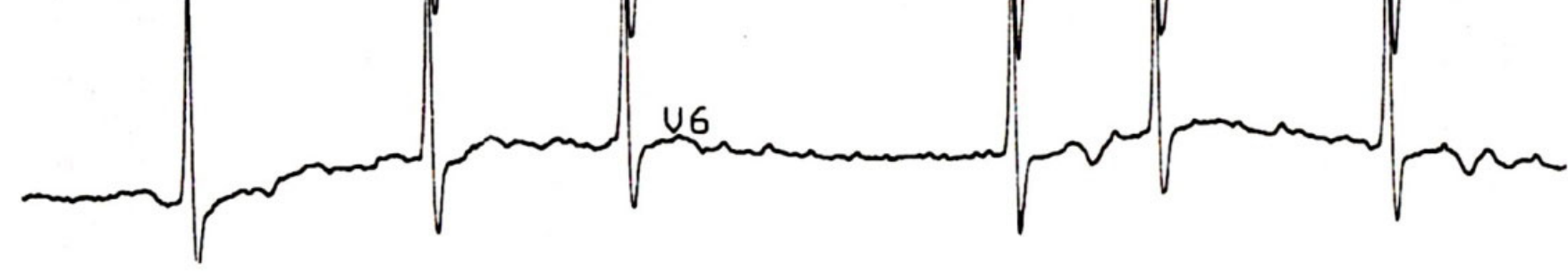
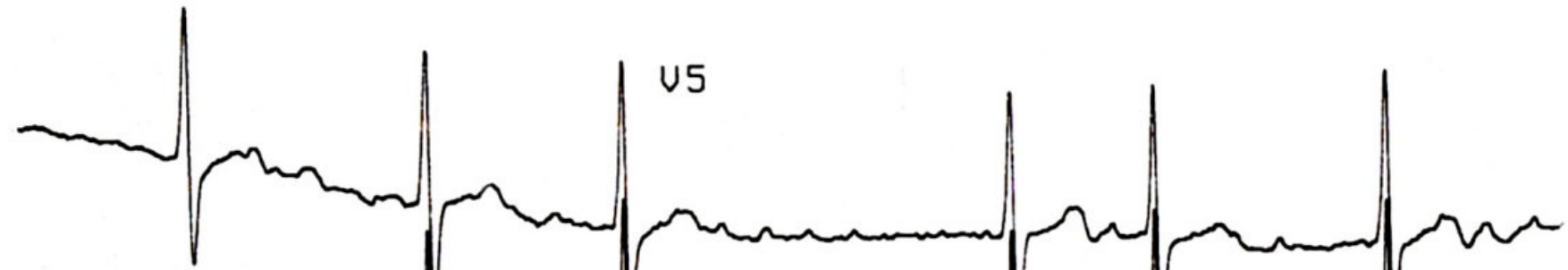


# Показания в НИИПК

- Частые приступы ФП более года на фоне медикаментозного лечения.
- Вторичная (после пароксизмальной) хроническая ФП.
- Первичная хроническая ФП через 6 мес.

# Противопоказания в НИИПК

- Возраст >70 лет.
- Хроническая ФП > 5 лет.
- Единственный эпизод ФП, между приступами >3 мес, аритм. анамнез <1 года.
- Атриомегалия (ЛП более 60 мм).
- Тромбоз ЛП.
- Некорригированная патология (порок сердца, ИБС).
- ФВ <50%, митральная регургитация 2-3 ст, ХСН ФК III-IV.
- Неконтролируемая АГ.
- Вторичный характер ФП на фоне СССУ, других СВТ.
- Гипертиреоз.
- Ожирение III–IV ст.
- Сахарный диабет 1 типа или неконтролируемый.
- Онкология, аутоиммунные заболевания, ХПН, ХПечН, алкоголизм,
- Геморрагический синдром, невозможность принимать антикоагулянты.
- Острая сопутствующая патология.
- Отсутствие комплайнса, психолог. Особенности.



ГУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница

г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100

Отделение ультразвуковой диагностики Система Philips EnVisor C HD

Отделение: амбулаторно

Дата: 3.11.10

Ф.И.О., возраст:

### Эхокардиография

акустическое окно хорошее

Аорта на уровне клапана 3,6 см, стенки не изменены, нормоэхогенные, не утолщены. Нормокинез.  
Аортальный клапан 3х створчатый, створки тонкие, не изменены, подвижность сохранена. На створках патологических образований нет.

PG на аортальном клапане 4 мм.рт.ст., регургитация не определяется.

Левое предсердие 4,4 x 6,0 см, в его просвете дополнительных эхосигналов не выявлено.

Устья легочных вен не расширены.

Митральный клапан створки тонкие, не изменены, дискордантные. На створках патологических образований нет. Регургитация 1 степени

Правое предсердие 4,3 x 5,5 см, в его просвете дополнительных эхосигналов не выявлено.

Трикуспидальный клапан створки тонкие. На створках патологических образований нет. регургитация 1 степени

Межпредсердная перегородка непрерывна.

Легочная артерия 2,3 см на уровне фиброзного кольца.

Клапан легочной артерии створки тонкие, не изменены,

PG на КЛА 2 мм.рт.ст., систолическая скорость кровотока 0,8 м/с, регургитация не выявлена.

Правый желудочек 2,7 см в приточном отделе из апикального доступа, в B-mode.

Толщина миокарда правого желудочка 0,6 см. Выходной отдел 2,8 см, поток в нем ламинарный.

Расчетное давление в правом желудочке (по трикуспидальной регургитации) 30 мм.рт.ст.

Левый желудочек: КДР 5,7 см, КСР 4,1 см, УО 83мл, ФВ(Teichholz) 52 %, ФУ 27%, ЧСС 90-130 уд/мин, МЖП(д) 1,0 см, ЗСЛЖ(д) 1,0 см.

Межжелудочковая перегородка непрерывна.

Зоны диссинергии: не выявлено.

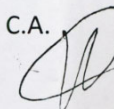
Листки перикарда не утолщены, в перикарде жидкость не выявлена.

Тип наполнения левого желудочка: монопиковый

Тип выброса из левого желудочка: 0,3-1,1 м/с.

**Заключение:** Дилатация ЛП, ПП. Начальная дилатация ЛЖ. Тахикардия.

Врач: Фукс С.А.







### Initial Interrogation: Quick Look

Device: **REVEAL XT 9529** Serial Number: **RAB641981S** Date of Visit: **05-Sep-2011 13:33:39**  
 Patient: **antonyuk** ID: Physician:

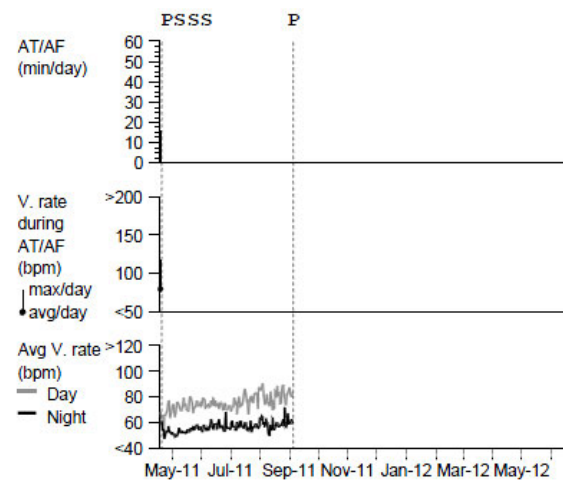
#### Device Status

Battery Status Good

#### Episodes (4)

Symptom	4
FVT	0
VT	0
Asystole	0
Brady	0
AT/AF	
AT	0
AF	0
% of Time AT/AF	0.0 %

#### Cardiac Compass Trends (Apr-2011 to Sep-2011)



#### Patient Assistant Summary

	Condition Met
Device Battery Low (Off)	No
Max. Symptom (Patient mark) Episodes Reached (Off)	Yes
Max. Auto Detection Episodes Reached (Off)	No
FVT/VT(Off, All FVT/VT Episodes, Any)	No
Asystole (Off, All Asystole Episodes)	No
Brady (Off, All Brady Episodes)	No
AT/AF Daily Burden(Off, 6 hr per 24hr period)	No
V. Rate During AT/AF (Off, 6 hr/100 bpm per 24hr period)	No

#### OBSERVATIONS (1)

- Maximum number of Symptom (Patient mark) episodes have been recorded. Oldest episodes may not have ECG.

