



Иркутское общество кардиологов

Белялов Фарид Исмагильевич

# Сценарии лечения фибрилляции предсердий

Школа кардиолога

Иркутск, 28 мая 2013 года

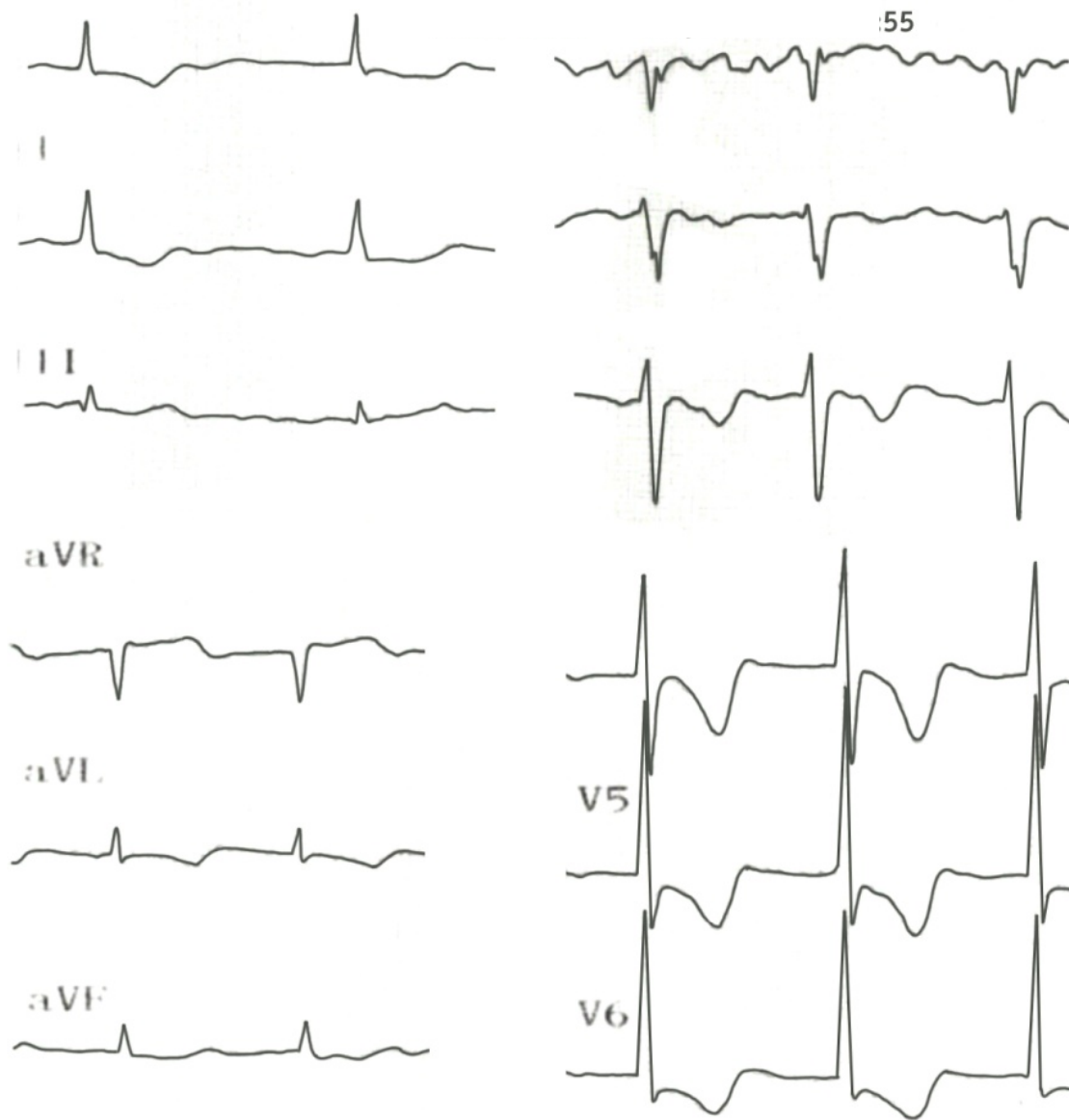
<http://therapy.irkutsk.ru/>



## Пациент С., 75 лет

- В отделение кардиологии поступил пациент с дискомфортом в груди в течение 3 ч, ЧСС 94 в мин, АД 142/90, умеренная одышка при минимальной нагрузке.
- В анамнезе постоянная бессимптомная ФП в течение 2 лет, легкая гипертензия, ХСН I ФК.
- Принимает бисопролол 10 мг, эналаприл 5 мг, варфарин 5 мг (МНО 2,4).

# ЭКГ



# Диагноз

ИБС: Острый коронарный синдром (окклюзия ствола левой коронарной артерии).

Сердечная недостаточность II класс по Killip.

Постоянная фибрилляция предсердий.

# Влияние ФП

**Table 3** In-hospital Clinical Events According to Presence of Atrial Fibrillation

Events	No Atrial Fibrillation (N = 64,308)	Atrial Fibrillation (N = 4947)	P Value
Death	4.2	9.9	<.0001
Myocardial infarction	1.0	1.2	.2477
Death or myocardial infarction	5.0	10.5	<.0001
Cardiogenic shock	4.1	5.5	<.0001
Stroke	0.7	1.3	<.0001
Major bleeding*	9.9	14.6	<.0001
Any red blood cell transfusion	11.9	15.8	<.0001
Red blood cell transfusion (non-CABG)	6.8	12.3	<.0001
Length of stay, median (25th, 75th), d	3 (2, 5)	5 (3, 8)	<.0001

## Лечение в стационаре

- Аспирин 500 – 75 мг.
- Клопидогрел 75 мг.
- Стрептокиназа 1,5 млн за 30 мин.
- Варфарин 5 мг.
- Метопролола тартрат 25 мг 2 раза.
- Лизиноприл 10 мг.
- Пантопразол 20 мг.

# Лечение варфарином при развитии ОКС

- Продолжить лечение варфарином.
- Если МНО  $>2,0$  парентеральные антикоагулянты не назначают.
- Если МНО  $<2,0$  назначаются парентеральные антикоагулянты.
- Фибринолиз без гепарина/фондапаринукса.
- ЧКВ – без стента или с голометаллическим стентом.
- Тикагрелор не изучен.

# Противотромботическое лечение после ИМ

Независимо от проведения ЧКВ

<b>Варфарин (2.0-2.5) Клопидогрел Аспирин ИПП</b>	<b>Варфарин (2.0-2.5) Клопидогрел или Аспирин ИПП</b>	<b>Варфарин (2.0-3.0)</b>
---	---	-------------------------------

**3-6 МЕСЯЦЕВ**

**ДО 12 МЕСЯЦЕВ**

**ПОСТОЯННО**

ESC. Guidelines for the management of atrial fibrillation. 2010.





# Противотромботическое лечение после ИМ

- Нет проспективных исследований и лишь несколько наблюдательных исследований, устанавливающих пользу/риск тройной анти тромботической терапии (класс IIb, ACCF/AHA, 2012).
- Аспирин + клопидогрел + варфарин (МНО 2-2,5)  
до 1 мес - года, затем аспирин + варфарин (МНО 2-3).

# Противотромботическое лечение после ИМ

## Лечение до 1 года без ЧКВ:

- Варфарин с МНО 2-3 + аспирин.
- Варфарин с МНО 2,5-3,5?

## Лечение до 1 года с ЧКВ:

- Варфарин + аспирин + клопидогрел до 6 мес.
- Варфарин + аспирин или клопидогрел до 1 года.



Всероссийское научное общество  
специалистов по клинической  
электрофизиологии, аритмологии  
и кардиостимуляции

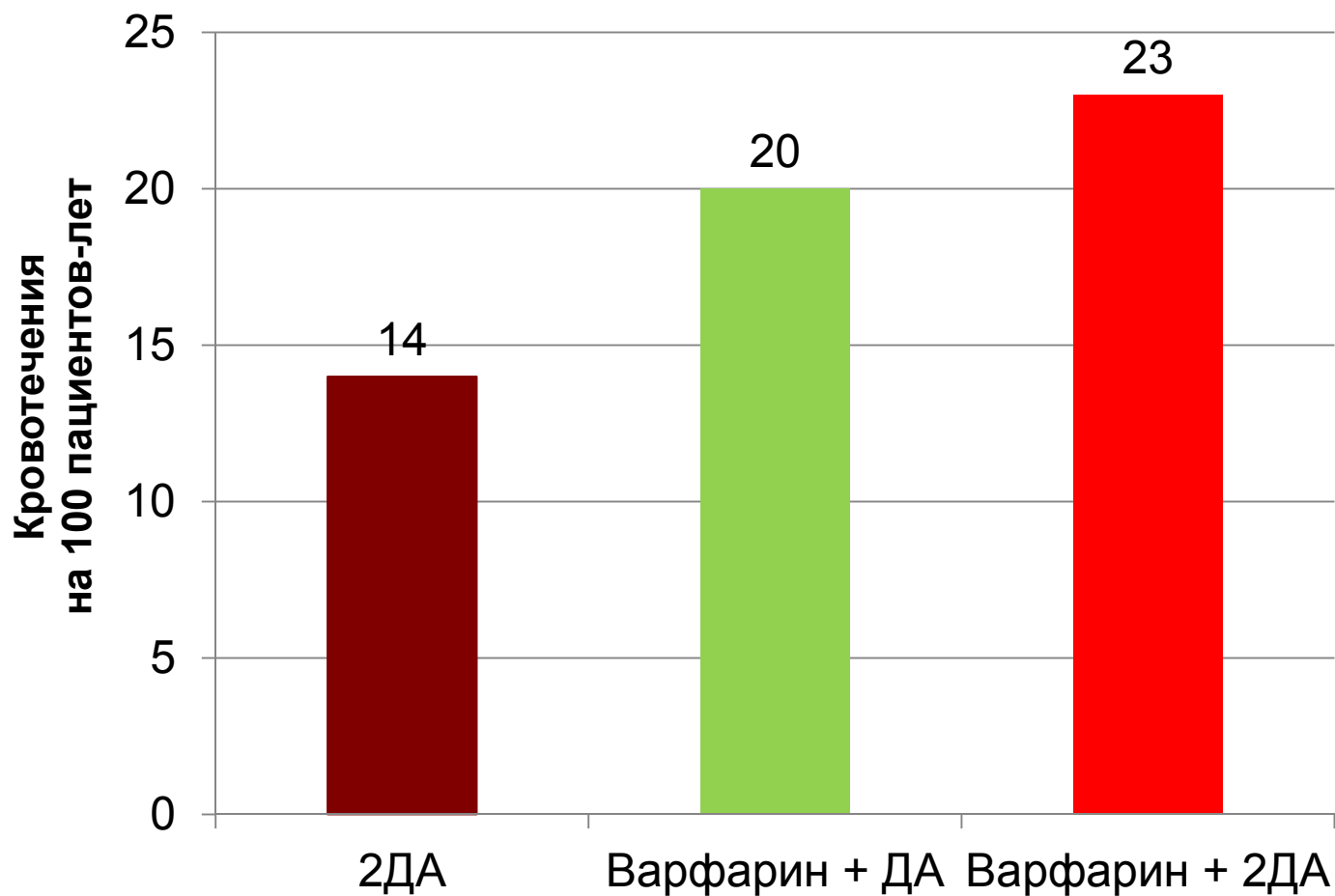


РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



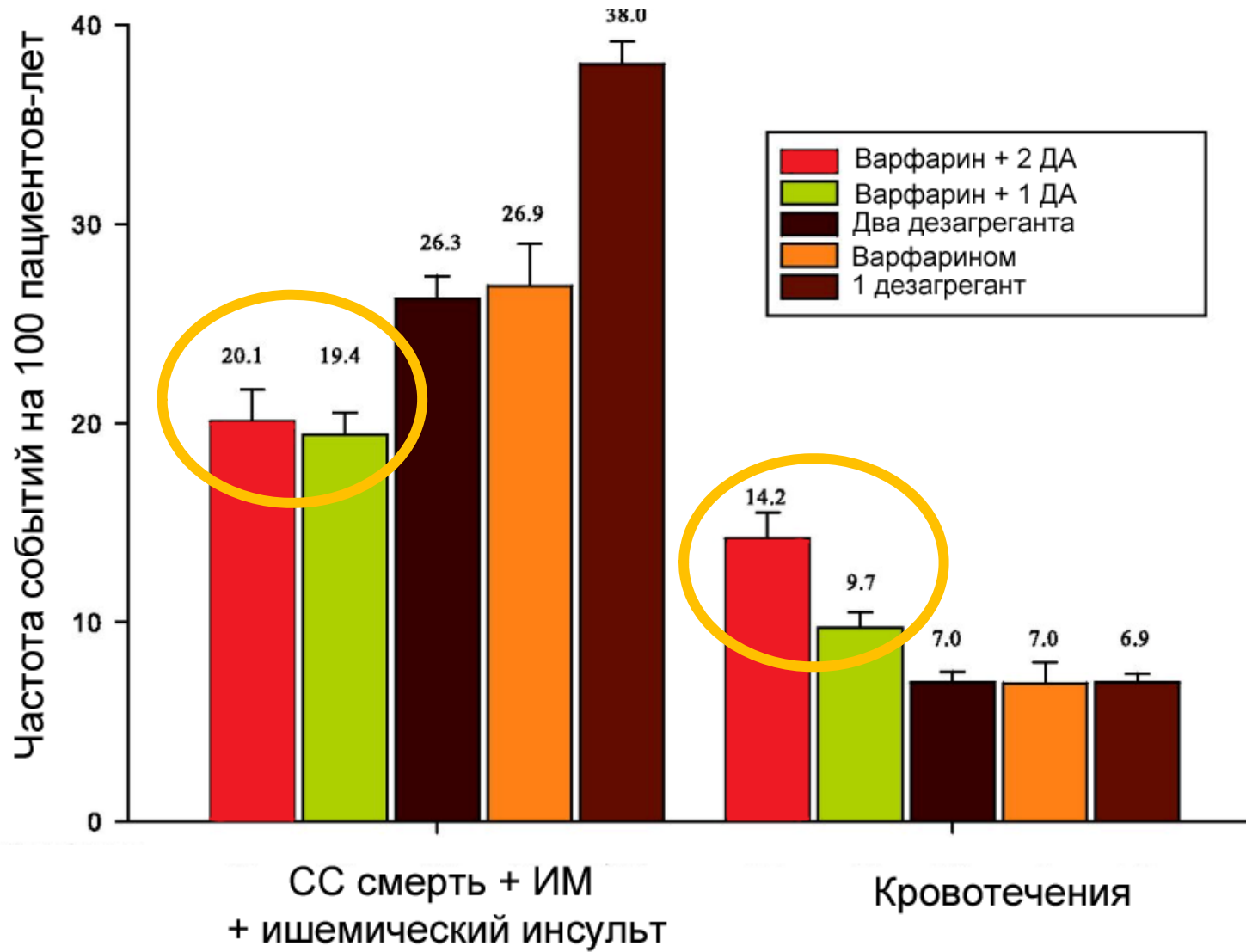
АССОЦИАЦИЯ  
КАРДИОЛОГОВ-ЭКСПЕРТОВ

# Сравнение противотромботического лечения



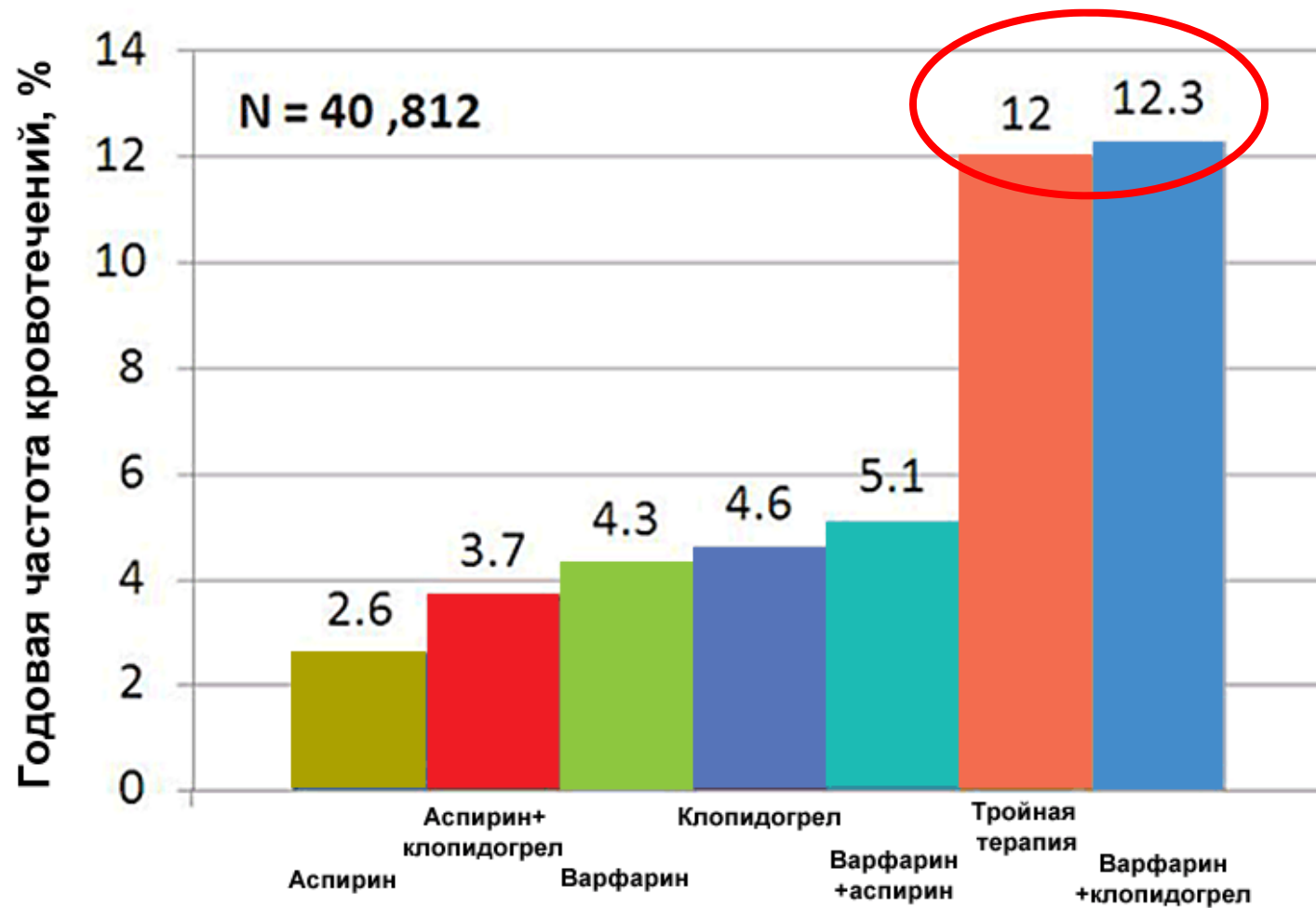
**30 сут**

# Сравнение противотромботического лечения

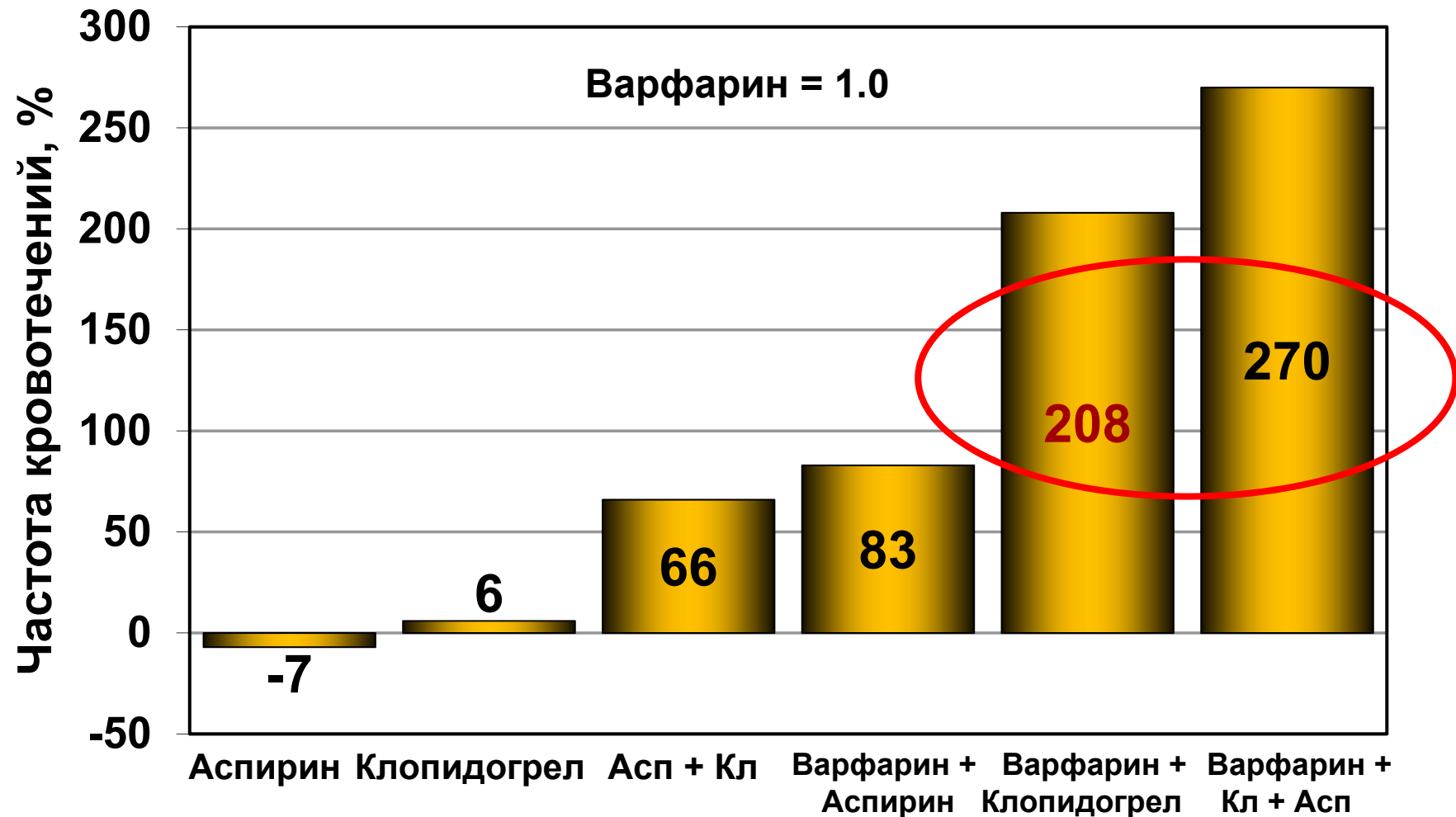


1 год

# Сравнение противотромботического лечения



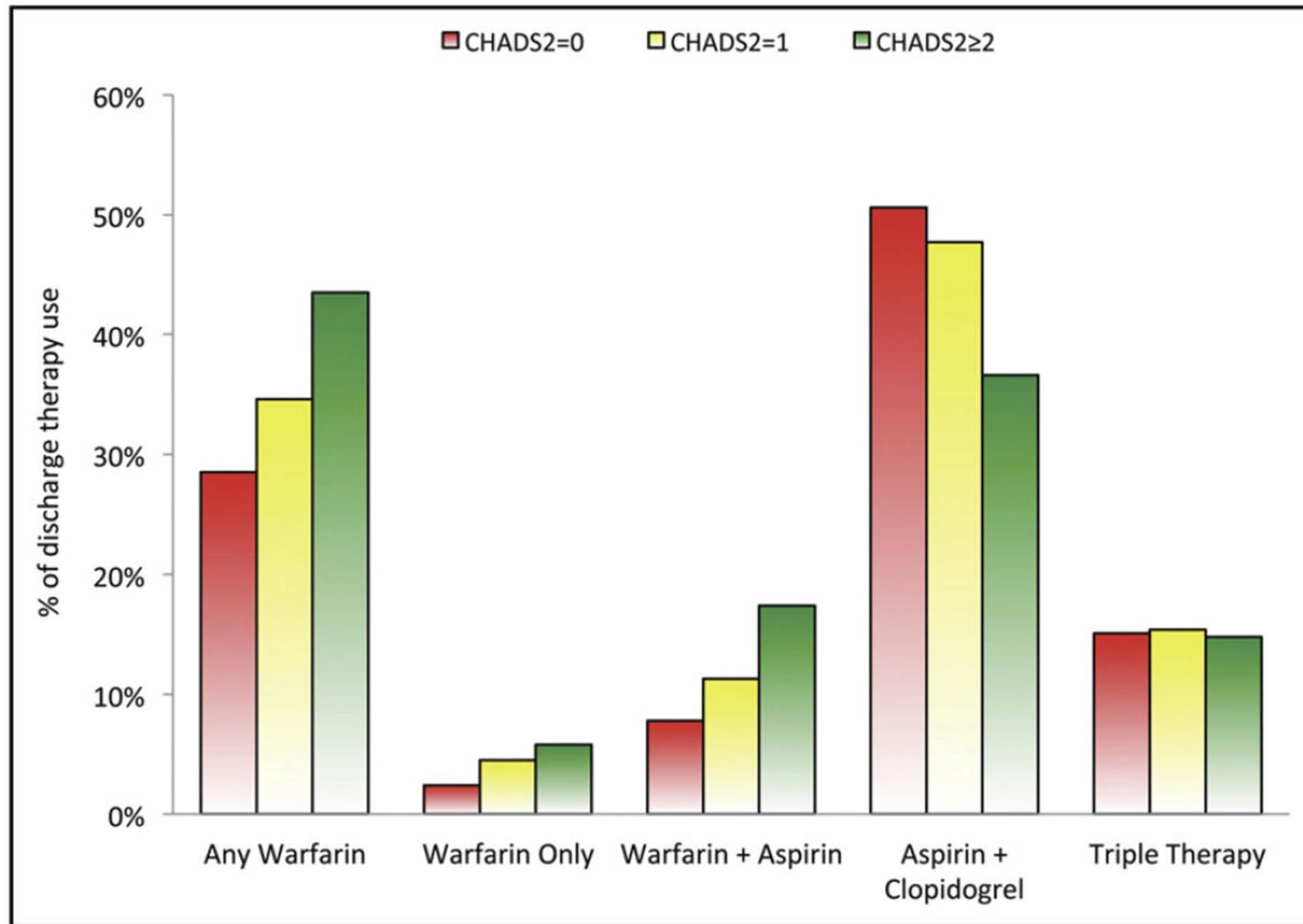
# Сравнение противотромботического лечения (пациенты с разными заболеваниями)



Датское исследование 82854 пациентов.

**У пациентов с ФП после ОКС без стентов  
целесообразен в течение года прием  
варфарина и аспирина**

# Реалии при выписке пациентов с ИМ и ФП





# Новые антикоагулянты

## Management of Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome and/or Undergoing Percutaneous Coronary Intervention/ Stenting

A Consensus Document of the European Society of Cardiology Working Group on  
Thrombosis, endorsed by the European Heart Rhythm Association [EHRA] and the European  
Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions [EAPCI]

Gregory Y. H. Lip<sup>1\*</sup>; Kurt Huber<sup>2\*\*</sup>; Felicita Andreotti<sup>3\*\*\*</sup>; Harald Arnesen<sup>4\*\*\*</sup>; K. Juhani Airaksinen<sup>5\*\*\*</sup>;  
Thomas Cuisset<sup>6\*\*\*</sup>; Paulus Kirchhof<sup>7\*\*\*</sup>; Francisco Marin<sup>8\*\*\*</sup>

<sup>1</sup>University of Birmingham Centre for Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham, UK; <sup>2</sup>3<sup>rd</sup> Department of Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Wilhelminen-  
hospital, Vienna, Austria; <sup>3</sup>Department of Cardiovascular Medicine, "A. Gemelli" University Hospital, Rome, Italy; <sup>4</sup>Department of Cardiology, Oslo University Hospital, Ullevål,  
Oslo, Norway; <sup>5</sup>Department of Medicine, Turku University Hospital, Turku, Finland; <sup>6</sup>Department of Cardiology, CHU Timone, Marseille, France; <sup>7</sup>Department of Cardiology and  
Angiology, Universitätsklinikum Münster, Münster, Germany; <sup>8</sup>Department of Cardiology, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Ctra Madrid-Cartagena s/n, Murcia, Spain

Document Reviewers:

A. Rubboli, A. J. Camm, H. Heidbuchel, E. Hoffmann, N. Reifart, F. Ribichini, F. Verheugt



Europace (2013) 15, 625–651  
doi:10.1093/europace/eut083

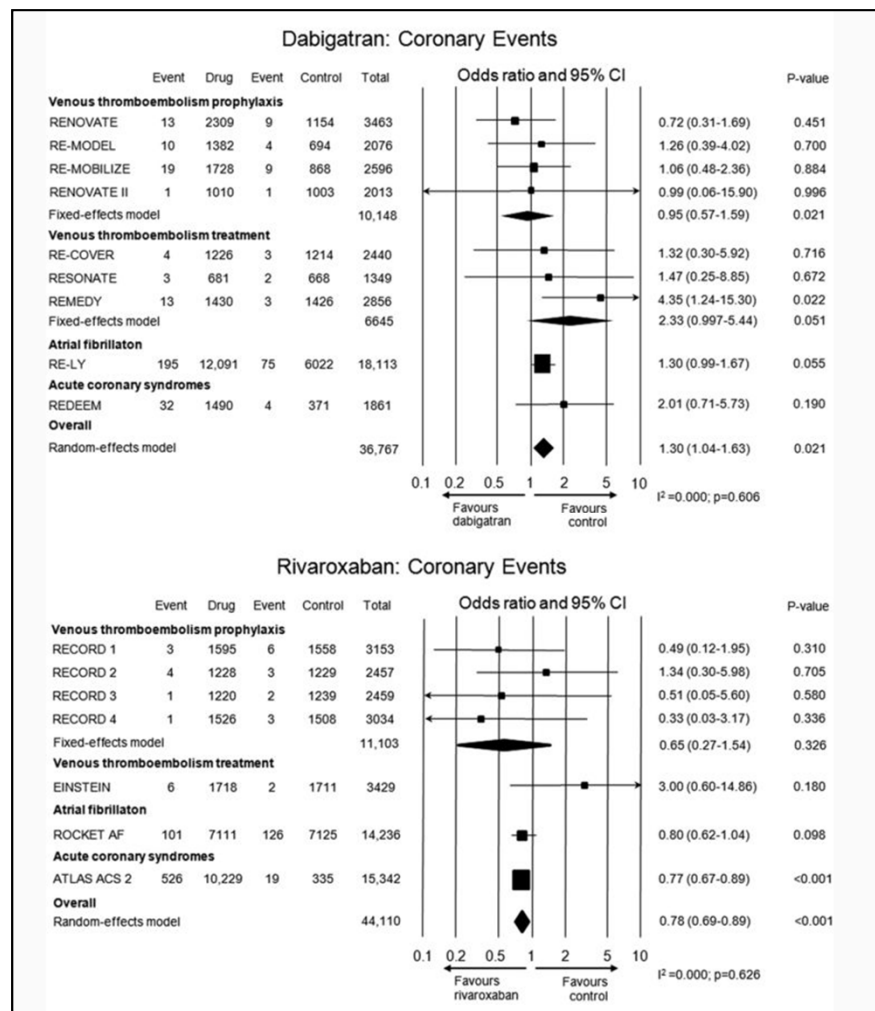
**EHRA PRACTICAL GUIDE**

## European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation

## Новые антикоагулянты при ИМ

- Отмена препарата.
- Назначение фондапаринукса через 12 ч и более.
- Два дезагреганта, если нет высокого риска кровотечений.
- Фибринолиз без гепарина/фондапаринукса до прекращения эффекта нового антикоагулянта.
- ЧКВ – без стента или с голометаллическим стентом.
- Тикагрелор не изучен при лечении новыми антикоагулянтами.

# Новые антикоагулянты и риск ОКС



**Риск ИМ/ОКС на дабигатране был на 30% выше (без влияния на смертность), а на ривароксабане на 22% ниже.**



# Coronary and mortality risk of novel oral antithrombotic agents: a meta-analysis of large randomised trials

REVIEW ARTICLE

ONLINE FIRST

## Dabigatran Association With Higher Risk of Acute Coronary Events

*Meta-analysis of Noninferiority Randomized Controlled Trials*

Ken Uchino, MD; Adrian V. Hernandez, MD, PhD



Larry Husten, Contributor

I'm a medical journalist covering cardiology news.

+ Follow (115)

PHARMA & HEALTHCARE | 1/09/2012 @ 4:00PM | 1,799 views

## Excess Risk of Cardiac Events Associated with Dabigatran

## Myocardial Ischemic Events in Patients With Atrial Fibrillation Treated With Dabigatran or Warfarin in the RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy) Trial

Stefan H. Hohnloser, MD; Jonas Oldgren, MD; Sean Yang, PhD; Lars Wallentin, MD; Michael Ezekowitz, MD; Paul Reilly, MD; John Eikelboom, MD; Martina Brueckmann, MD; Salim Yusuf, MD; Stuart J. Connolly, MD



PL Detail-Document #280301  
-This PL Detail-Document gives subscribers additional insight related to the Recommendations published in-  
**PHARMACIST'S LETTER / PRESCRIBER'S LETTER**  
March 2012

### Dabigatran and Risk of Myocardial Infarction

### Addendum to Clinical Review for NDA 22-512

Drug: dabigatran (Pradaxa)  
Sponsor: Boehringer Ingelheim  
Indication: Prevention of stroke and systemic embolism in atrial fibrillation

Division: Division of Cardiovascular and Renal Products  
Reviewers: Nhi Beasley

Subject: Risk of myocardial infarction  
Date: September 2, 2010

---

#### **Reviewer's conclusions/recommendations**

The rate of myocardial infarction (MI) was higher on dabigatran compared to warfarin in RE-LY. The reason for the higher rate of MI with dabigatran is unclear. Baseline subject characteristics and medication use were similar between treatment arms and do not in part explain the higher rate of MI with dabigatran. The imbalance in MIs was seen on drug as well as off drug. Whether or not the higher rate of MI with dabigatran represents the play of chance, an adverse effect of dabigatran or beneficial effects of warfarin on infarction risk remains unclear. If this is truly a drug-related adverse event, then treating 1000 subjects for one year will cause 2 excess MIs compared to treating with warfarin. This risk should be weighed with the other benefits and risks of dabigatran. At this time, the reviewer recommends describing the higher rate of MI with dabigatran in the label. The sponsor's phase 3 development program in subjects with Acute Coronary Syndromes (ACS) will likely provide a more definitive answer to this question.



# Можно ли при ФП и ОКС использовать ривароксабан?

- ❑ Ривароксабан в дозах 15-20 мг одновременно с двойной антитромбоцитарной терапией не изучался.
- ❑ Эффективность профилактики инсультов при ФП в дозе 2,5-5 мг не исследована.
- ❑ При необходимости оральных антикоагулянтов предпочтительнее варфарин.
- ❑ Через год после ОКС и отмены аспирина можно вместо варфарина использовать ривароксабан (не дабигатран).

# Антиаритмическая терапия

- Амiodарон – снижает эффективность клопидогрела, повышает концентрацию варфарина и дабигатрана.
- Можно использовать для парэнтерального контроля ЧСС у пациентов с ФП при ОКС и выраженной СН.

# Амиодарон и рак

- У тайваньских мужчин амиодарон вызвал дозозависимое повышение риска рака на 18%.
- Небольшое повышение риска рака было в прошлых исследованиях (AFFIRM, AVID, EMIAT).
- Исследование не выявляло другие факторы риска рака (курение, семейный анамнез, алкоголь, ожирение...), являлось ретроспективным, повышена частота разных видов рака.



# Stop Amiodarone

Sunday, February 10, 2013

## The doctor who killed me

On August 11, 2011, I was given what amounts to a death sentence. I was told I had been diagnosed with pulmonary fibrosis induced by amiodarone toxicity.

Oh, I'm still alive, although barely. The normal prognosis for pulmonary fibrosis is three to five years. I'm in early year three. It is rare for someone with pulmonary fibrosis to survive for more than five years. The months since I was diagnosed have been a living hell. Breathing becomes more difficult with each passing day.

Pulmonary fibrosis is progressive and fatal. It kills more people annually than breast cancer. There is as yet no treatment for it.

Pulmonary fibrosis is a scarring of the tissue in the lungs. As pulmonary tissue hardens, it becomes increasingly difficult for the alveoli of the lungs to re-oxygenate blood supply. The victim eventually dies of oxygen deprivation.

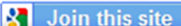
The only remedy for a fibrotic lung is a lung transplant. For that, transplant centers use a one hundred-point scoring system to determine who gets transplants. People over sixty-five—that includes me, at seventy-five—seldom score high enough to get a transplant.

How did I get pulmonary fibrosis?

In July 2010, an electrophysiologist, Dr. Stephen Prater, in a Piedmont Heart Center group practice in Atlanta, prescribed 200 mg. daily of amiodarone for me. The purpose was to control non-life-threatening premature ventricular contractions of my heart.

The electrophysiologist did not warn me as he should have that amiodarone can be a deadly poison. He did not follow U.S. Food and Drug Administration guidelines in prescribing the medication—the FDA says it's to be used only in life-threatening situations, and then only as a treatment of last resort. And patients should be forewarned of the side effects of the drug.

### Followers

 Join this site  
with Google Friend Connect



### Members (4)



Already a member? [Sign in](#)

### Blog Archive

- ▼ 2013 (3)
  - ▼ February (3)
    - [The doctor who killed me](#)
    - [Another case of physician abuse](#)
    - [A case of physician negligence?](#)

► 2012 (8)

### About Me



 **Noel Griese**

Noel Griese is the author of 17 books and numerous articles on various subjects.

He has been a newspaper reporter and editor and has taught English and journalism at the Universities of Wisconsin and Georgia. Elected to both the Phi Beta Kappa and Phi Kappa Phi honor societies, he holds three degrees in English and journalism.

[View my complete profile](#)

**В настоящее время связь амиодарона с  
риском рака изучается и данных  
недостаточно для рекомендации  
ограничить прием препарата.**



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH



# Лечение пациента при выписке

- Аспирин 75 мг до года.
- Варфарин **7.5 мг** (МНО – 3,2), через год возможен перевод на ривароксабан без аспирина.
- Пантопразол 20 мг.
- Бисопролол 10 мг.
- Лизинприл 10 мг.
- Розувастатин 20 мг.

## Оценка ривароксабана по ПВ

Если тест ПВ через 2-4 часа после приема ривароксабана не меняется:

- Некомплаентность пациента.
- Ошибки лаборатории.
- В таблетке нет ривароксбана.

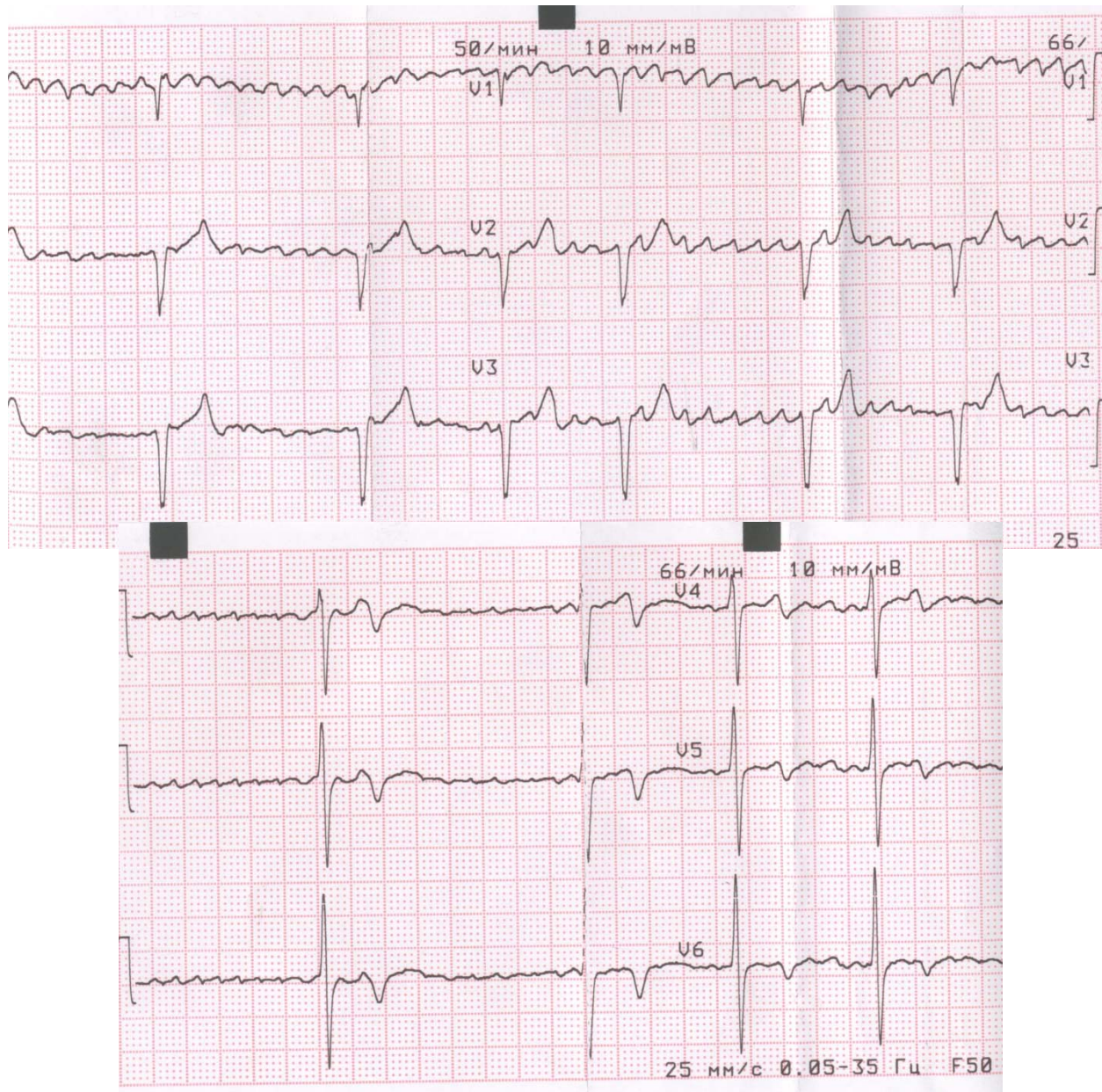
## Оценка гемостаза при лечении ривароксабаном

- ПВ – стандарт.
- АЧТВ – только при высоких дозах
- Активность Ха фактора
- Перевод на варфарин – МНО через 24 ч после отмены ривароксабана.

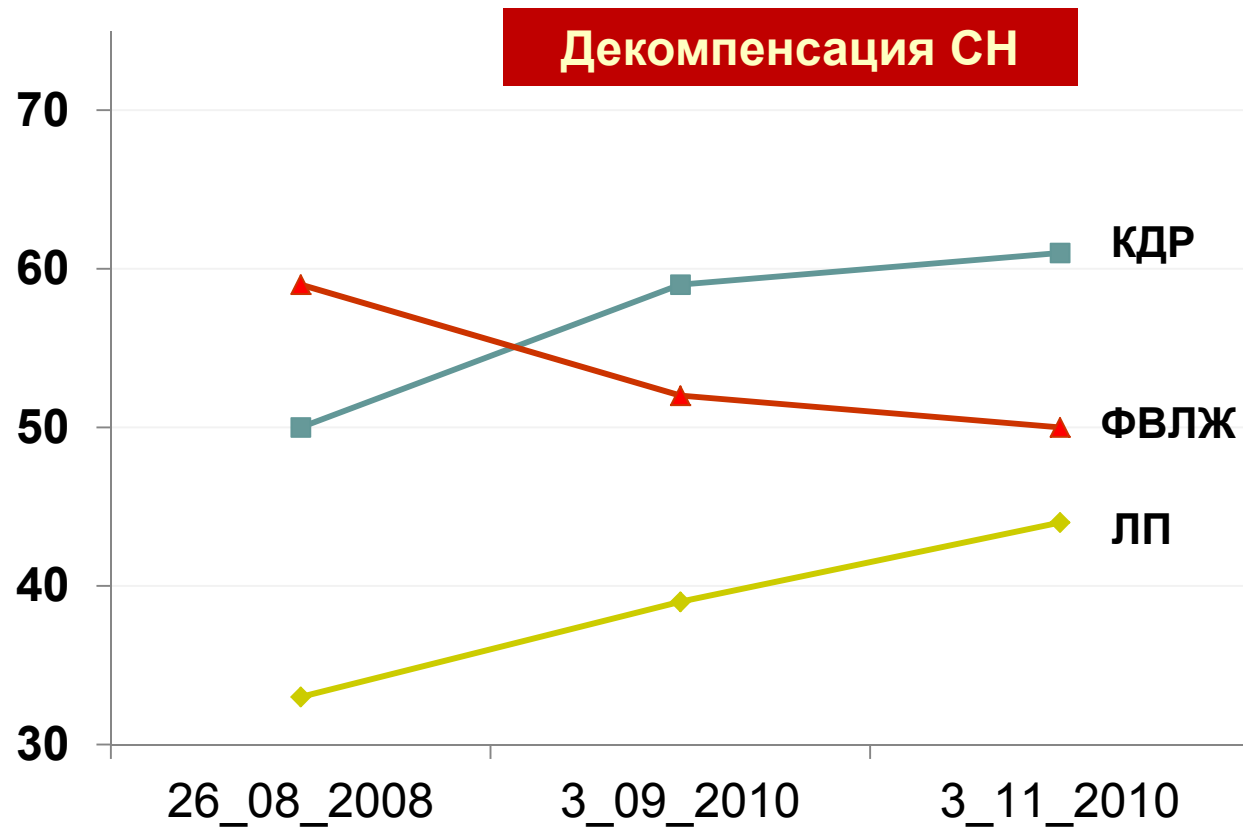
## Пациент А., 46 лет

- С 2004 редкая ФП до 20 мин, снимал пропафеноном 450-600 мг, с начала 2010 стойкая ФП.
- 08.2010 на сенокосе стало тяжело справляться с ФН.
- 09.2010 обратился в Кардиоцентр.
- Нарастает утомляемость, одышка при подъеме на 1 пролет по лестницы, тошнота, головокружение, слабость, похудание на 9 кг за год.

# Электрокардиограмма 15.09.2010



# Динамика эхокардиографии






# Диагноз

- Длительно персистирующая фибрилляция предсердий, тахиаритмическая кардиомиопатия.
- Хроническая сердечная недостаточность III ФК, декомпенсация.
- Хронический неэрозивный геморрагический гастрит, ассоциированный с Нр.
- Амiodарон-индуцированный тиреотоксикоз (2005, 2012).
- Синдром ночного апноэ.

## Особенности лечения ФП и СН

- ИАПФ, БРА для профилактики приступов ФП.
- Бета-блокаторы не снижают смертность.
- Амиодарон можно использовать при СН.
- Пропафенон можно применять для купирования ФП, осторожно при выраженной СН со сниженной ФВЛЖ.
- Нежелателен соталол, может усилиться СН.
- Абляция ФП может быть эффективна.
- Возможна абляция АВ узла и РСТ.
- Повышен риск тромбоемболий.

# Абляция 18.04.2011

	<b>ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина»</b> Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 630056, Новосибирск-95, Реуковская, 15; <a href="http://www.meshalkinclinic.ru">http://www.meshalkinclinic.ru</a> ; e-mail: <a href="mailto:mail@meshalkinclinic.ru">mail@meshalkinclinic.ru</a> тел.: (383) 332-47-58, тел./факс: (383) 332-24-37 Центр хирургической аритмологии <b>ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ</b>
Пациент: <b>АНТОНЮК Сергей Иванович</b>	Дата поступления: <b>14.04.2011</b> Дата выписки: <b>21.04.2011</b>
Возраст: <b>49</b>	Отделение: <b>2.2</b>
Группа крови: <b>A (II)</b>	История болезни: <b>4 513</b> Электронная карта: <b>A194723</b>
Резус фактор: <b>+</b> (положительный)	
<b>Диагноз заключительный: Гипертоническая болезнь II стадия, степень АГ I, риск 2. Длительно перестрирующая форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН II Аст., ФК III (NYHA).</b>	
<b>Жалобы при поступлении:</b> Одышка при подъеме на 2-ой этаж. Постоянные перебои в работе сердца, сопровождающиеся слабостью, потливостью. Боли в области сердца ноющего характера, которые возникают при выраженной физической нагрузке, проходят после использования нитроглицерина через 1-2 минуты.	
<b>Anamnes Morbi:</b> Считает себя больным с 2004 года, когда возникло приступообразное сердцебиение, сопровождающееся потерей сознания. Находился в терапевтическом отделении с диагнозом нейро-циркуляторная дистония. По ЭКГ верифицирована фибрилляция предсердий. Ритм восстановлен медикаментозно. В течение 6-ти лет беспокоили кратковременные перебои в работе сердца на фоне приема кордарона. Настоящее ухудшение с апреля 2010 года, когда снизилась толерантность к физическим нагрузкам. С этого же времени постоянная форма фибрилляции предсердий. Проводимая антиаритмическая терапия без эффекта. Стал обращать внимание на повышение АД в течение последнего года (аппитирован к АД 110/70 мм рт.ст.). С 2010 года беспокоят боли ноющего характера в области сердца, с положительным эффектом от нитратов. Обследован в г. Иркутске по данным коронарографии от 25.11.2010. - стенозических поражений коронарного русла не выявлено, по данным ХМ ЭКГ от 12.2010. - фибрилляция предсердий с ЧСС 71-173 (средняя 123 уд./минуту), одиночные желудочковые экстрасистолы 1321/сут., один эпизод проходящей АВ блокады 2 степени Mobitz I продолжительностью 2 сек, 1 эпизод. С октября 2010 года принимает варфарин. Больной направлен в НИИПК для дообследования, хирургического лечения.	
<b>Status Praesens Communis:</b> Рост: 175 см, Вес: 86 кг ЧСС: 84 в мин., Пульс: 78 уд./мин., Дефицит пульса: 6 уд./мин. АД - правая рука: 120/70 мм. рт.ст., левая рука: 120/70 мм. рт.ст. Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное. Кожные	

**Операция: 18.04.2011 12:00:00 Радиочастотная абляция ганглионарных сплетений левого и правого предсердий. Радиочастотная изоляция устьев лёгочных вен отдельными коллекторами. Радиочастотная абляция каво-трикуспидального перешейка. Имплантация аппарата длительного суточного мониторинга REVEAL SN RAB 641981 S.**

**Инструментальные исследования при поступлении**  
ЭКГ: Ритм фибрилляция предсердий 58-130 в минуту. Эл. ось сердца отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка ЭХОкг ИБС 14.04.2011 Левый желудочек КДР:4.8 КДО:92 КСО:45 УО:46 ФВ:50 МЖП:1 ЛП:4.5x5.3 ПП:4.3x5.6 Правый желудочек КДР:2.7 Аорта:3.1 Заключение:Исследование проводилось на фоне тахикардии. Незначительно увеличены полости предсердий. Незначительная гипертрофия миокарда ЛЖ. Сократительная способность миокарда ЛЖ незначительно снижена. ФВ ЛЖ 48-50%. Сегментарных нарушений сократимости миокарда левого желудочка не выявлено. Створки митрального клапана уплотнены неравномерно. Аортальная регургитация 0-1 ст. Митральная регургитация 0-1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст., незначительная по объему.

УЗИ ЧП 15.04.2011 Осложнений не было. Визуализируются полости сердца, свободные от посторонних включений. Перегородки прослеживаются на всем протяжении, сбросов на их уровне нет. Митральная регургитация I степени. Трикуспидальная регургитация 1-1 ст. -- незначительная по объему.

**Инструментальные исследования при выписке**  
Рентген 20.04.2011 Описание:Выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции, в положении стоя. Легкие расправлены, на доступных обзорю участках легочных полей пневматизация не нарушена. Застойные изменения в малом круге кровообращения не выявлены. Положение диафрагмы не изменено. Свободные воздух и жидкость в плевральных полостях не выявляются. СЛК-62%, средостение расширено в передне-заднем размере, вероятно за счет расширения левого предсердия. Слева в проекции 3-го межреберья тень REVEAL.

**Операция: 18.04.2011 12:00:00 Радиочастотная абляция ганглионарных сплетений левого и правого предсердий. Радиочастотная изоляция устьев лёгочных вен отдельными коллекторами. Радиочастотная абляция каво-трикуспидального перешейка. Имплантация аппарата длительного суточного мониторинга REVEAL SN RAB 641981 S.**

# Данные Reveal 03.04.2013

## Initial Interrogation: Quick Look

Device: **REVEAL XT 9529** Serial Number: **RAB641981S** Date of Visit: **03-Apr-2013 12:08:14**  
 Patient: **antonyuk** ID: Physician:

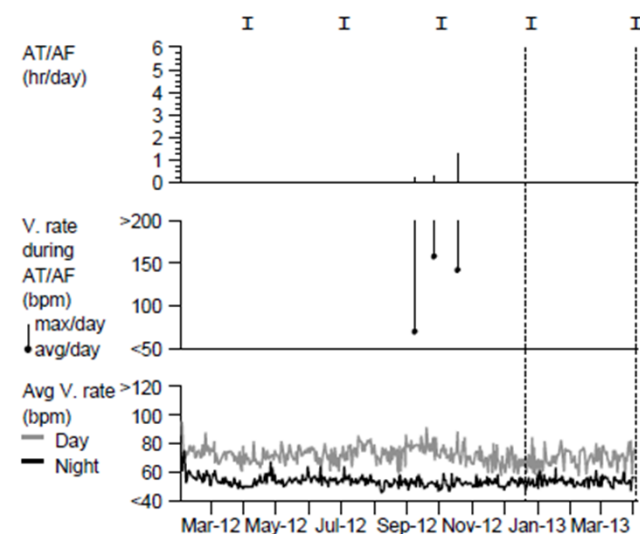
### Device Status

Battery Status Good

### Episodes (1)

Symptom	0
FVT	1
VT	0
Asystole	0
Brady	0
AT/AF	
AT	0
AF	0
% of Time AT/AF	0.0 %

### Cardiac Compass Trends (Feb-2012 to Apr-2013)



### Patient Assistant Summary

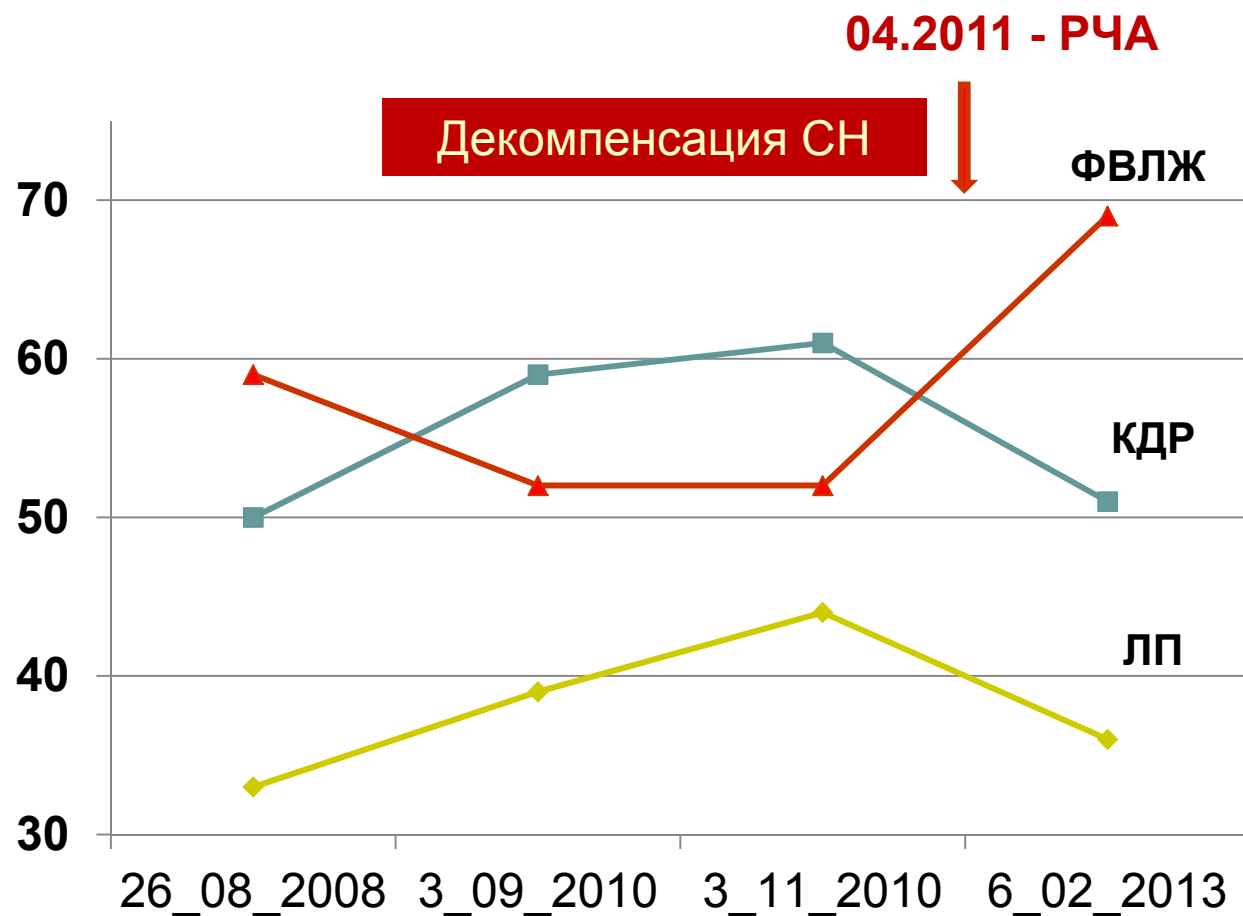
Condition	Condition Met
Device Battery Low (Off)	No
Max. Symptom (Patient mark) Episodes Reached (Off)	No
Max. Auto Detection Episodes Reached (Off)	No
FVT/VT(Off, All FVT/VT Episodes, Any)	Yes
Asystole (Off, All Asystole Episodes)	No
Brady (Off, All Brady Episodes)	No
AT/AF Daily Burden(Off, 6 hr per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

### OBSERVATIONS (0)

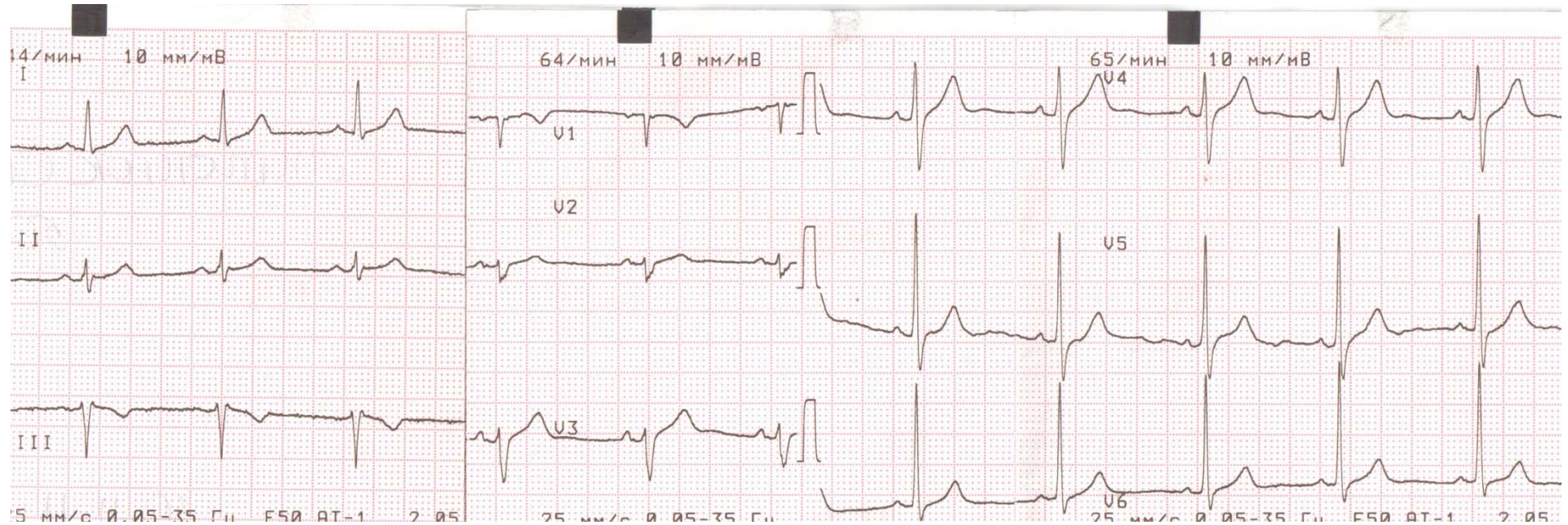
No observations based on current interrogation.



# Динамика эхокардиографии после РЧА



# Электрокардиограмма 16.12.2011



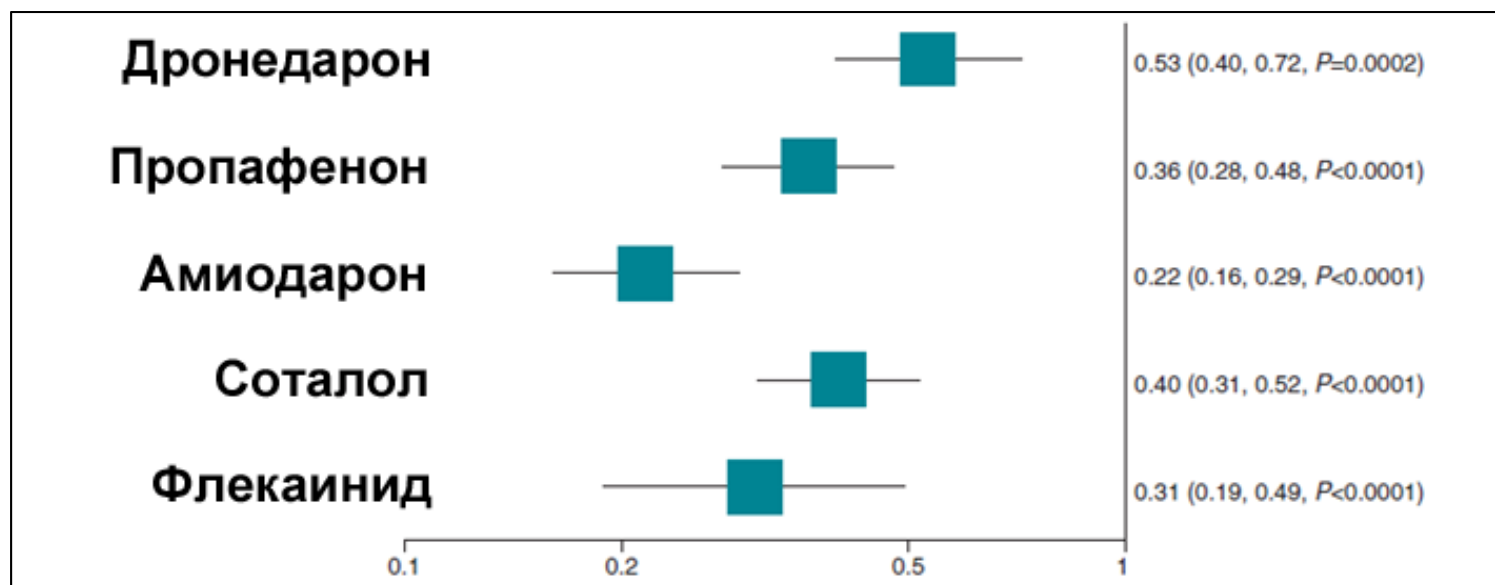
## Текущее лечение

- Соталол 80 мг 2 раза.
- Для купирования приступов – 450 мг пропафенона.
- Периндоприл 2,5 мг 1 раз.
- Аспирин 75 мг.

**Абляция может быть эффективна у  
пациентов с ФП и сердечной  
недостаточностью, особенно при  
тахикардитической кардиомиопатии.**



# Профилактическая эффективность антиаритмиков

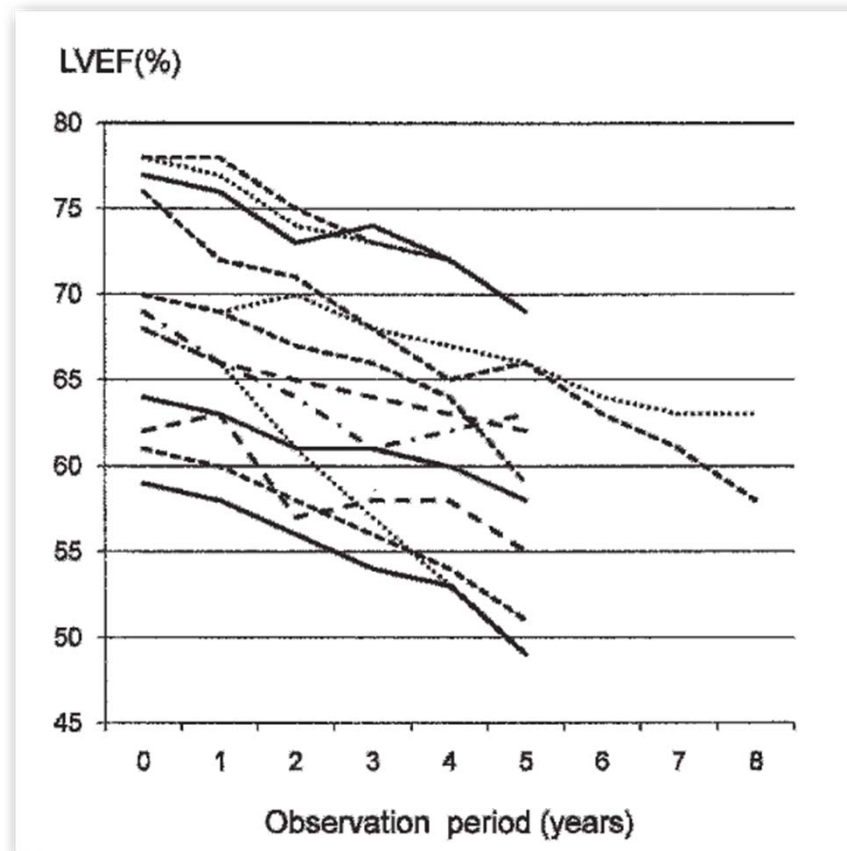


Мета-анализ 39 рандомизированных исследований.

# Кардиомиопатия, индуцированная ЖЭС

- Длительность >10 лет.
- Высокая частота ЖЭС:
  - >20%/сут, >10000-20000 в сут.
- Ретроградный Р.
- Отсутствие симптомов.
- Разрешение в течение 4 мес. после абляции.

# Риск развития кардиомиопатии



**У 20% пациентов с частой ЖЭС развивается снижение ФВЛЖ (-6%).**

## Лечение кардиомиопатии, ассоциированной с ЖЭС

- ИАПФ/БРА
- Бета-блокаторы или Соталол или Амиодарон
- Абляция

**При частой желудочковой  
экстрасистолии необходимо оценивать  
функцию левого желудочка в динамике  
для своевременной диагностики и  
лечения аритмогенной кардиомиопатии**