

Клиническое значение субклинической фибрилляции предсердий

Проф. Чумакова Г.А.,
Барнаул

Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность, ассоциированная с ФП

Событие	Ассоциация с ФП
Смерть	Повышенная смертность, особенно сердечно-сосудистая вследствие внезапной смерти, сердечной недостаточности или инсульта.
Инсульт	20-30% инсультов случаются на фоне ФП. Растущее количество пациентов с инсультом диагностируются с «немой» пароксизмальной ФП.
Госпитализация	10-40% пациентов с ФП госпитализируются ежегодно.
Качество жизни	Качество жизни пациентов с ФП ухудшено независимо от других сердечно-сосудистых заболеваний.
Левожелудочковая дисфункция (ЛЖД) и сердечная недостаточность	ХСН присутствует у 20-30% пациентов с ФП. ФП вызывает или усугубляет ХСН у большинства пациентов с ФП, в то время как остальные имеют полностью сохранную левожелудочковую функцию несмотря на длительно существующую ФП.
Когнитивные нарушения и сосудистая деменция	Могут развиваться даже у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию. Повреждения белого вещества головного мозга наиболее характерны для пациентов с ФП по сравнению с пациентами без ФП.

Частота различных клинических проявлений ФТ

(20 - 40% случаев бессимптомны или атипичны)



Zimetbaum et al., *PACE*, 1999; 22 (Pt II): 782

Риск симптомной ФТТ доказан при субклинической ФТТ (ASSERT)

(2580 больных с ЭКС/ИКД старше 65 лет с без анамнеза ФТТ)

Риск развития симптомной ФТТ при субклинической ФТТ ассоциирован с **5,56-кратным** увеличением риска



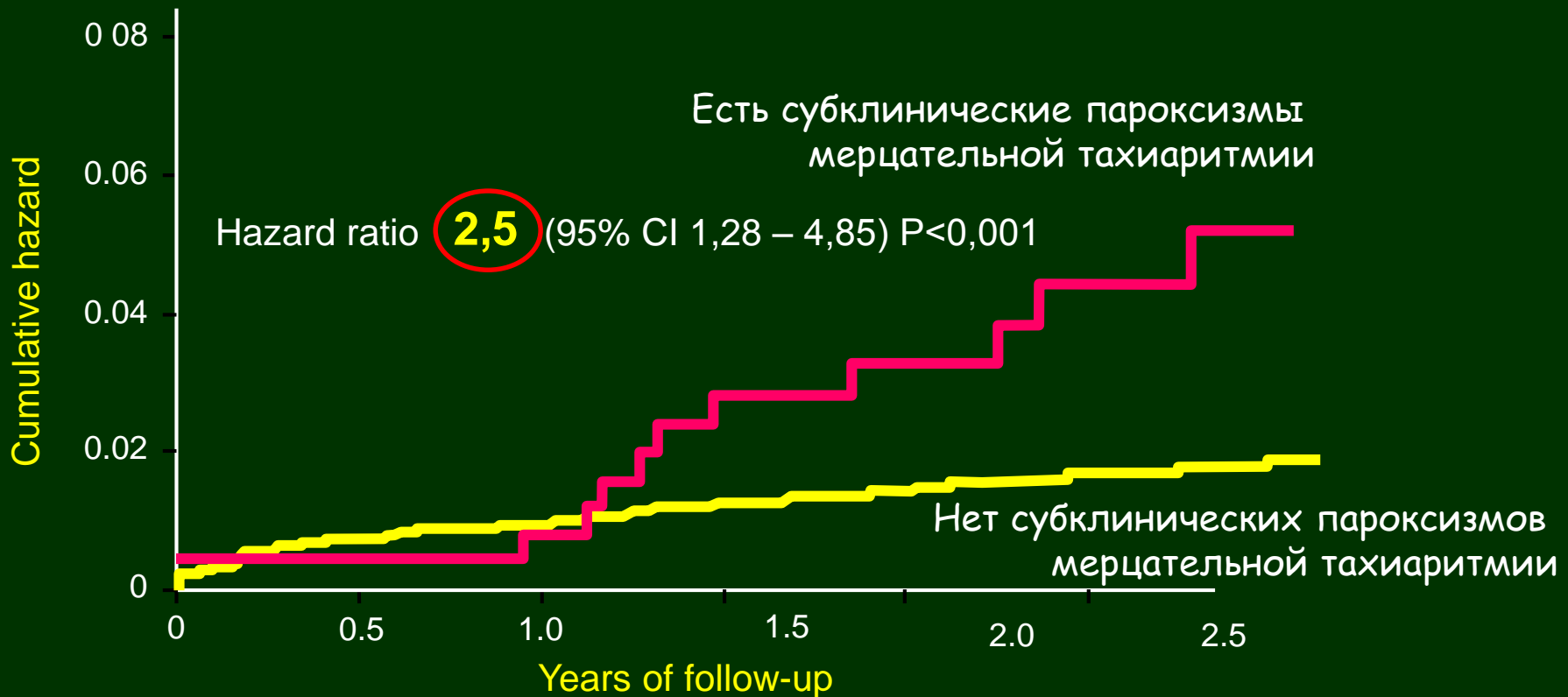
*Subclinical atrial tachyarrhythmias detected by implanted devices (n=2580)

Healey JS et al. N Engl J Med 2012;366:120-9

Риск инсульта доказан при субклинической ФТТ (ASSERT)

(2580 больных с ЭКС/ИКД старше 65 лет с без анамнеза ФТТ)

Риск ишемического инсульта и системных эмболий при субклинической ФТТ ассоциирован с 2,5 кратным увеличением риска

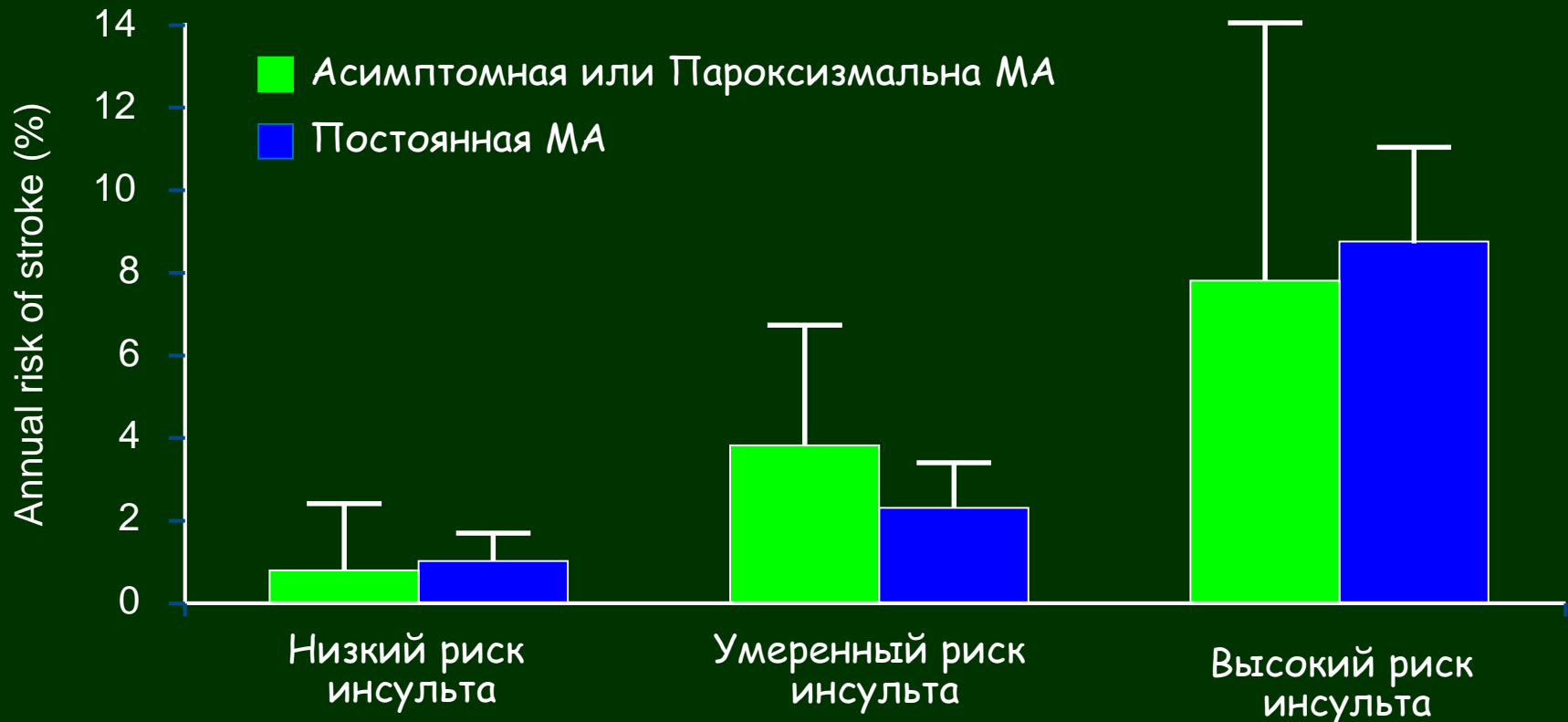


*Subclinical atrial tachyarrhythmias detected by implanted devices (n=2580)

Healey JS et al. N Engl J Med 2012;366:120–9

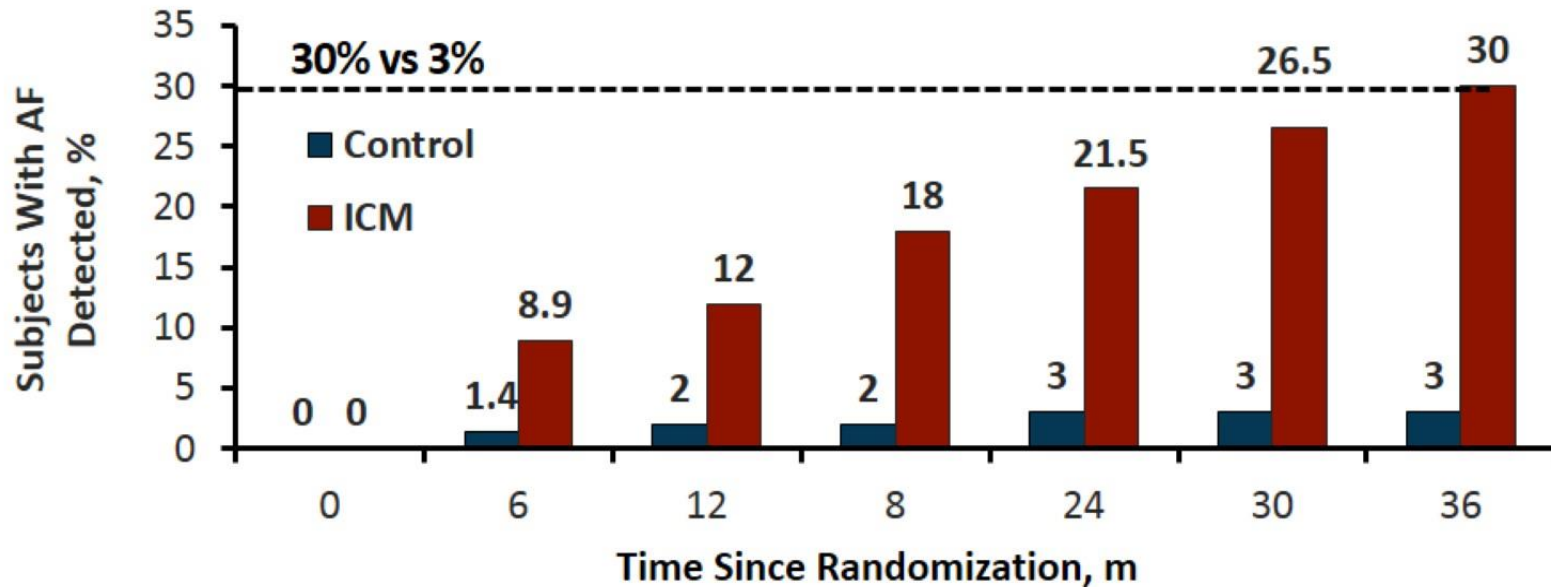
Риск инсульта при асимптомной или пароксизмальной МА соответствует таковому при постоянной МА^{1,2}

Наблюдаемая частота ишемического инсульта¹



Crystal AF- Криптогенный инсульт и ФТ

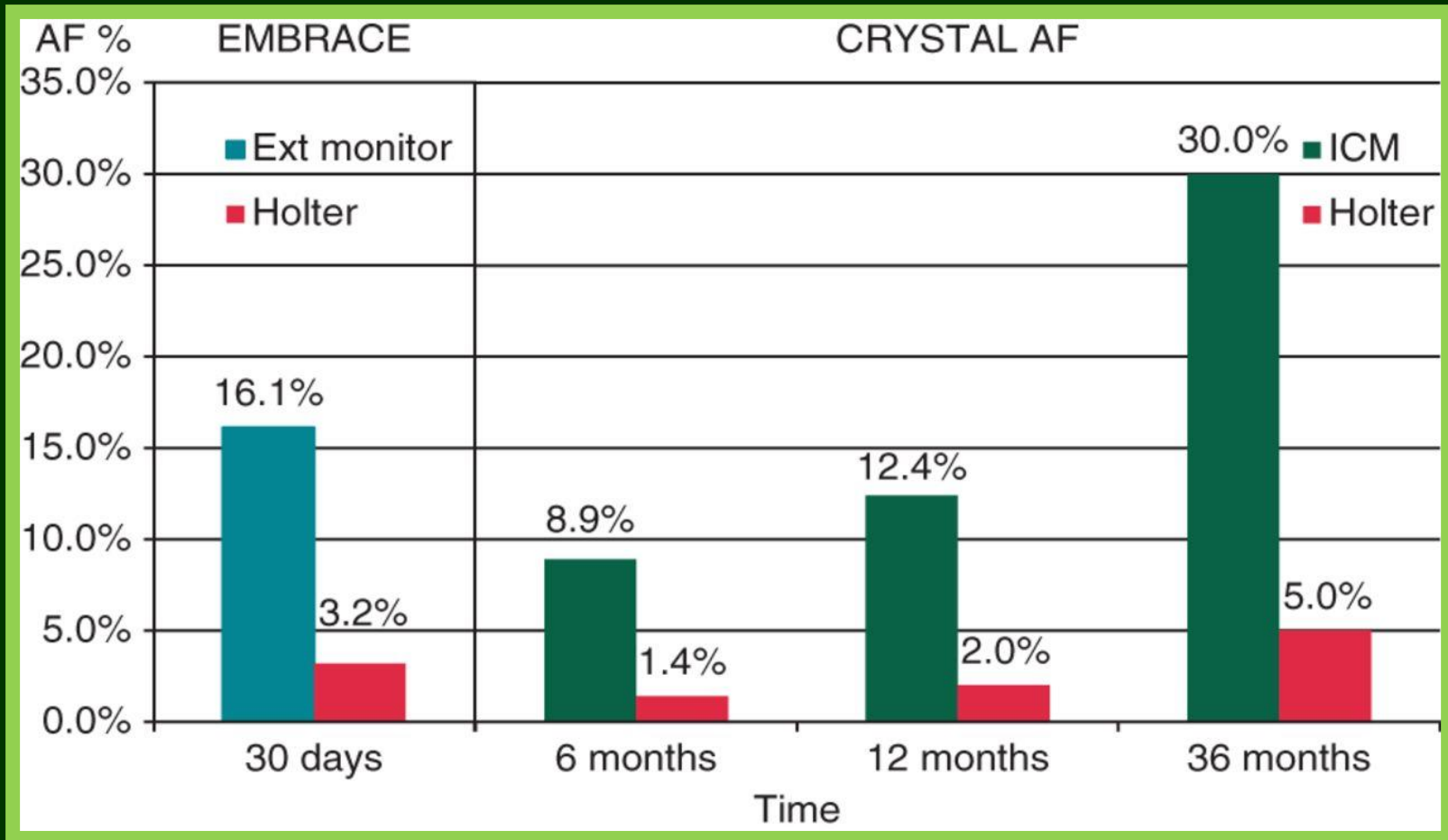
(наблюдение 36 месяцев)



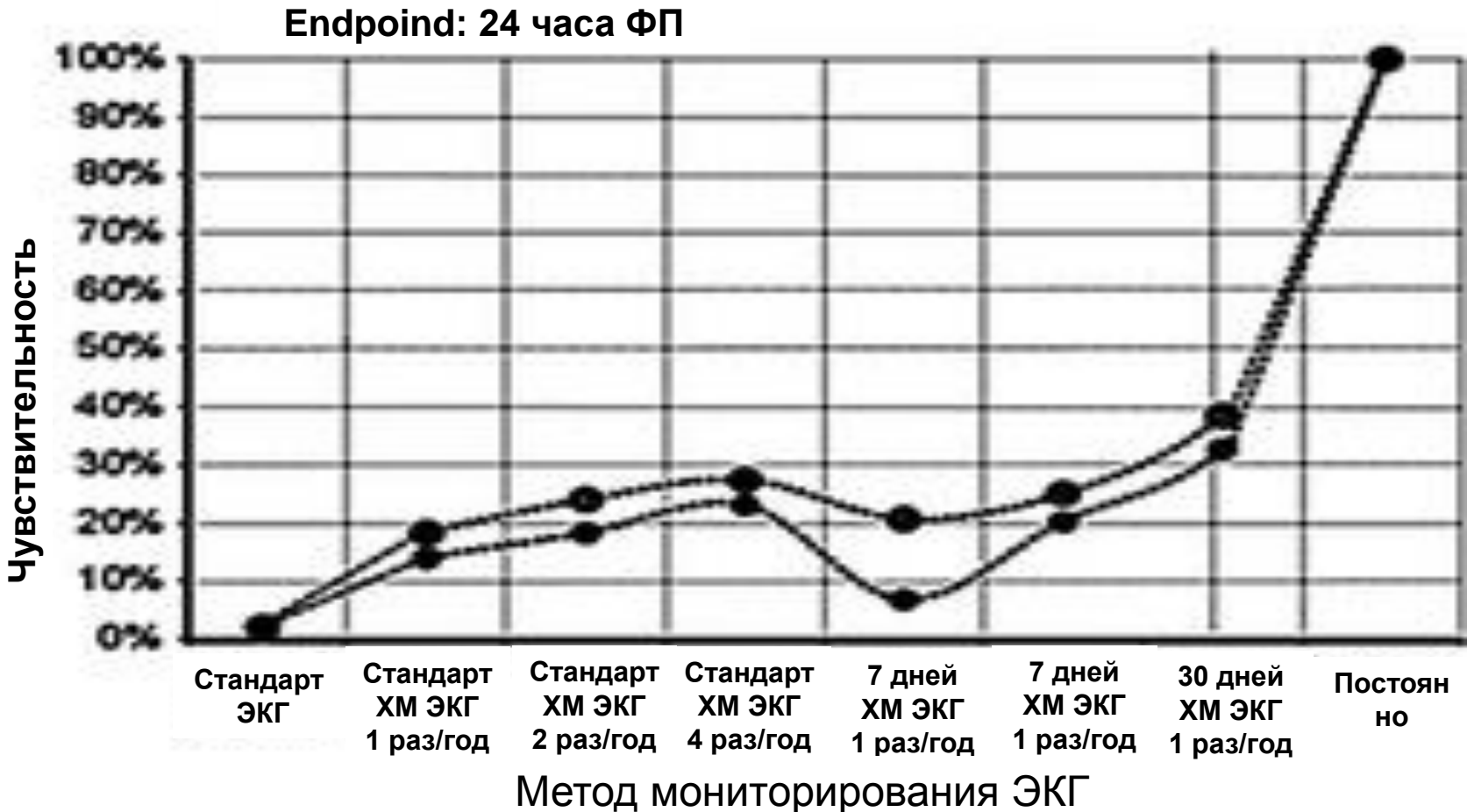
Hazard Ratio (95% CI):
8.78 (3.47-22.19)
log-rank
 $P < .001$

Estimated rate of detection in
ICM arm was 30.0% vs 3.0% in
control arm

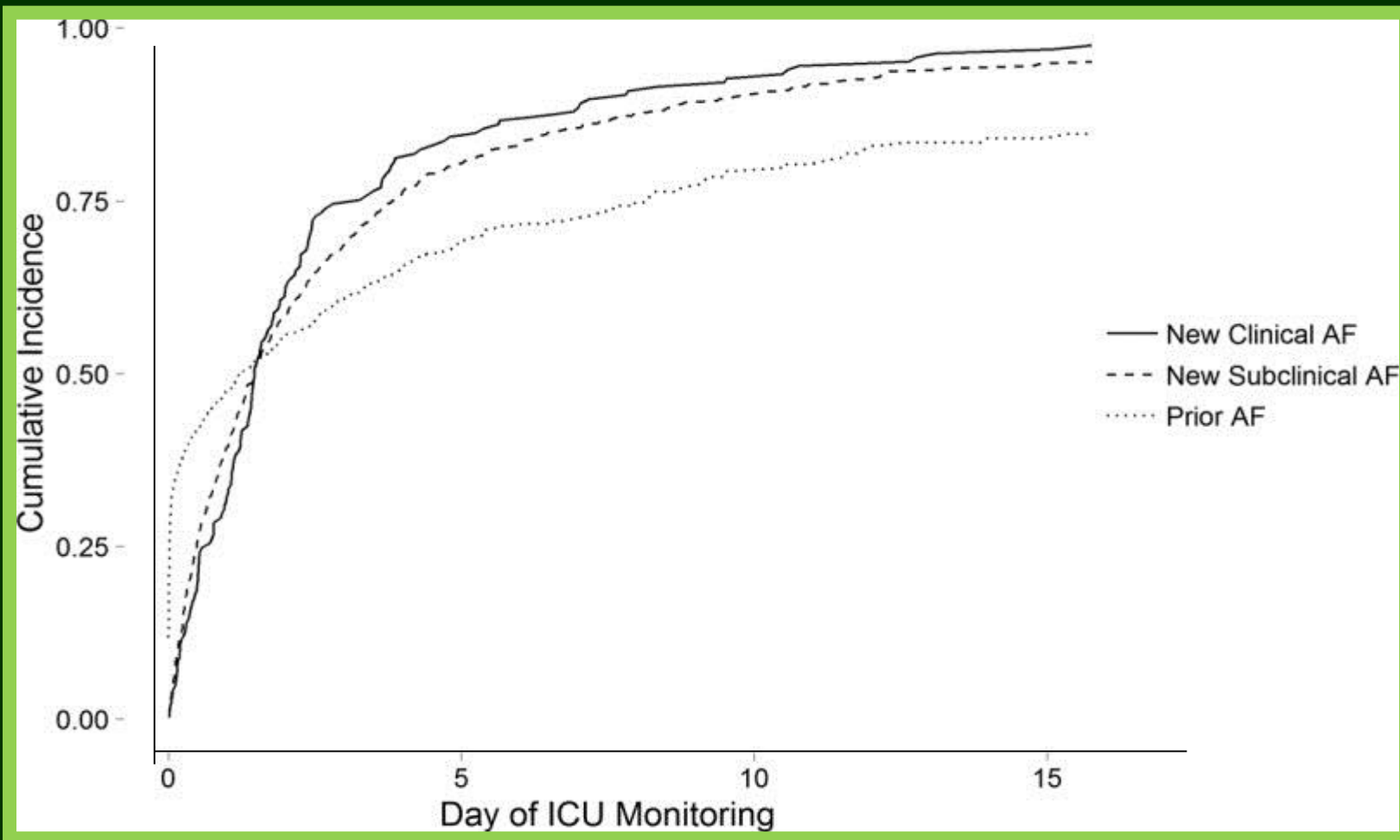
Мониторирование имплантируемыми устройствами vs. Holter recording для выявления ФП у больных с криптогенными инсультами



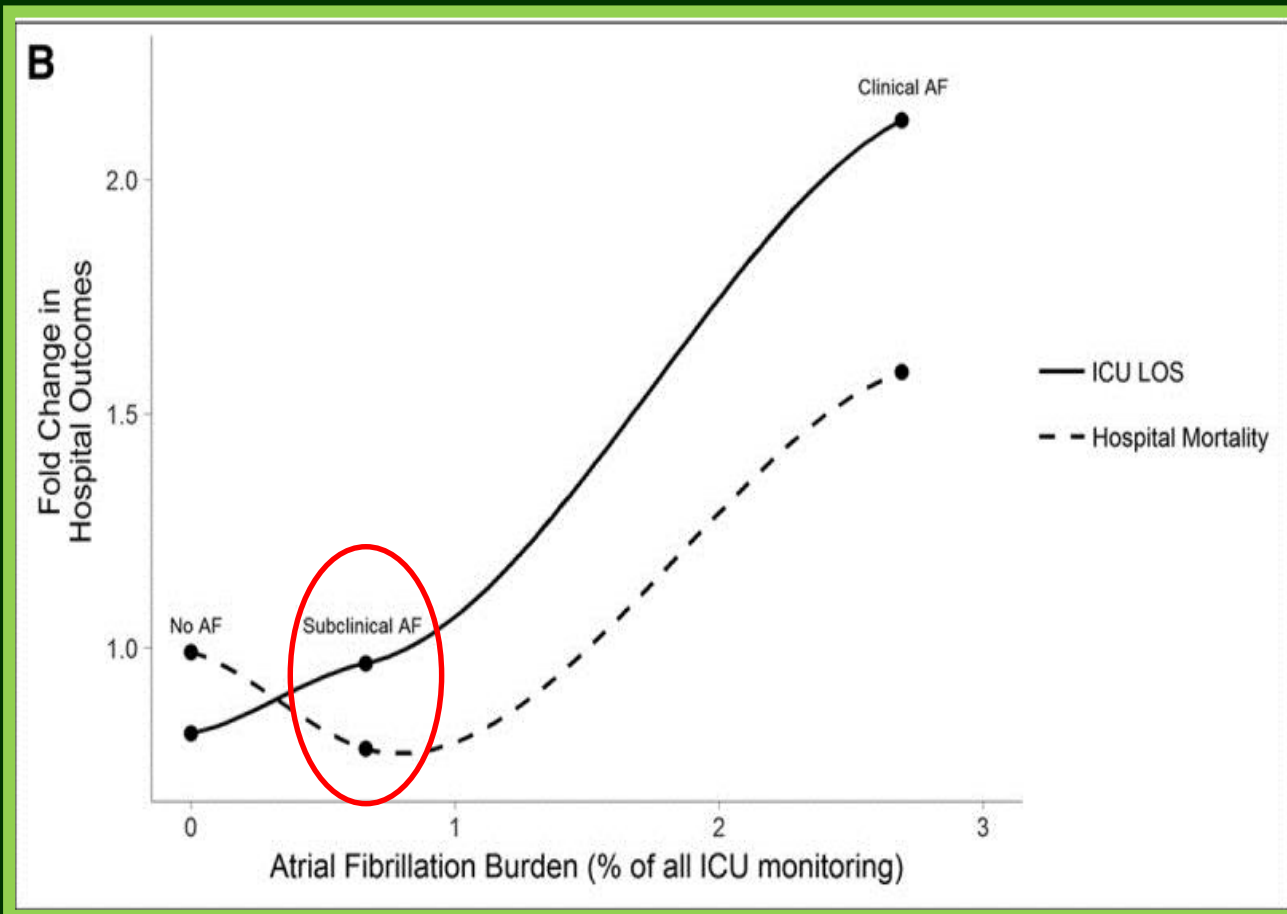
Выявляемость ФП при разных режимах Холтеровского мониторинга



Виды выявленной ФТГ при длительном мониторинге ЭКГ



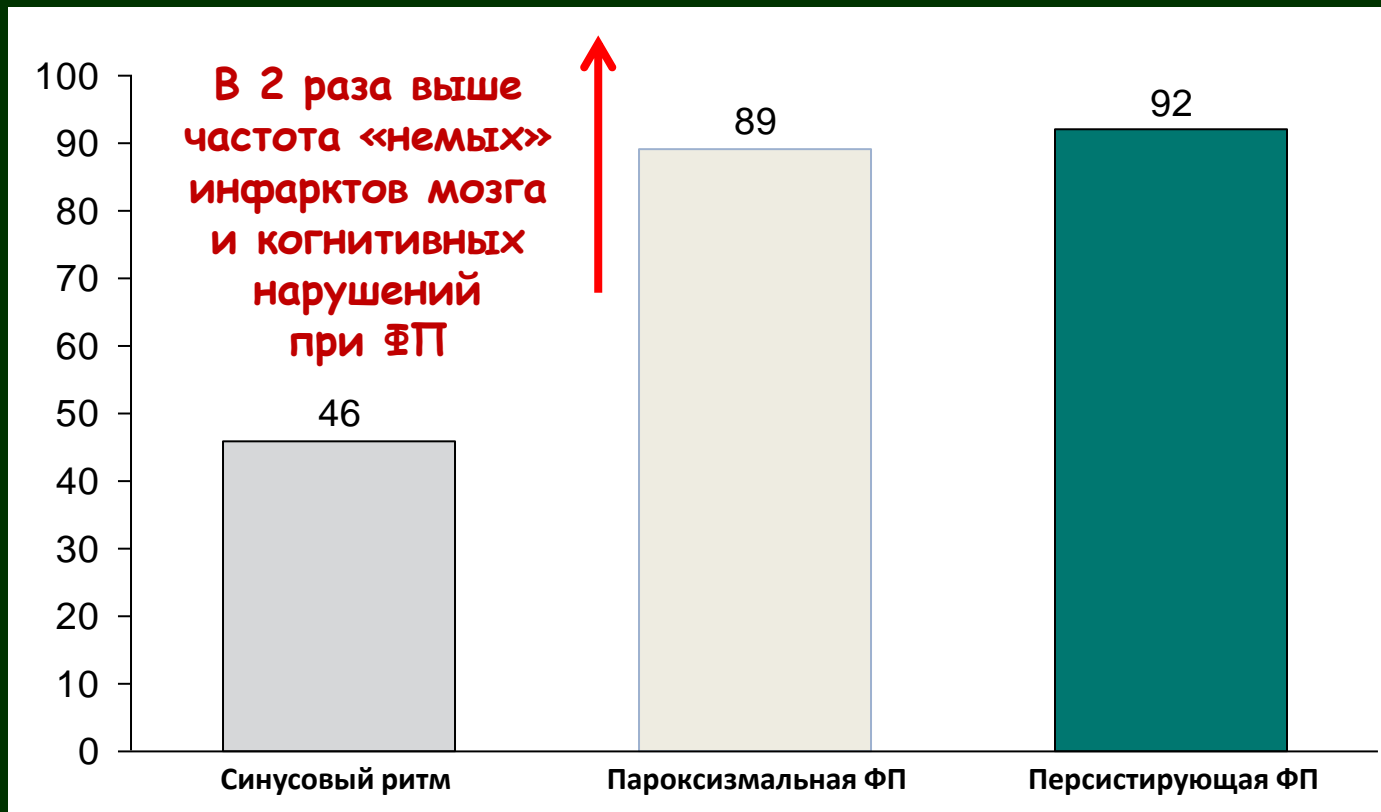
Госпитальные исходы при вновь выявленной Субклинической ФТ



У пациентов с ФП частота «немых» ишемических инфарктов мозга и когнитивных нарушений значительно выше, чем у пациентов с синусовым ритмом

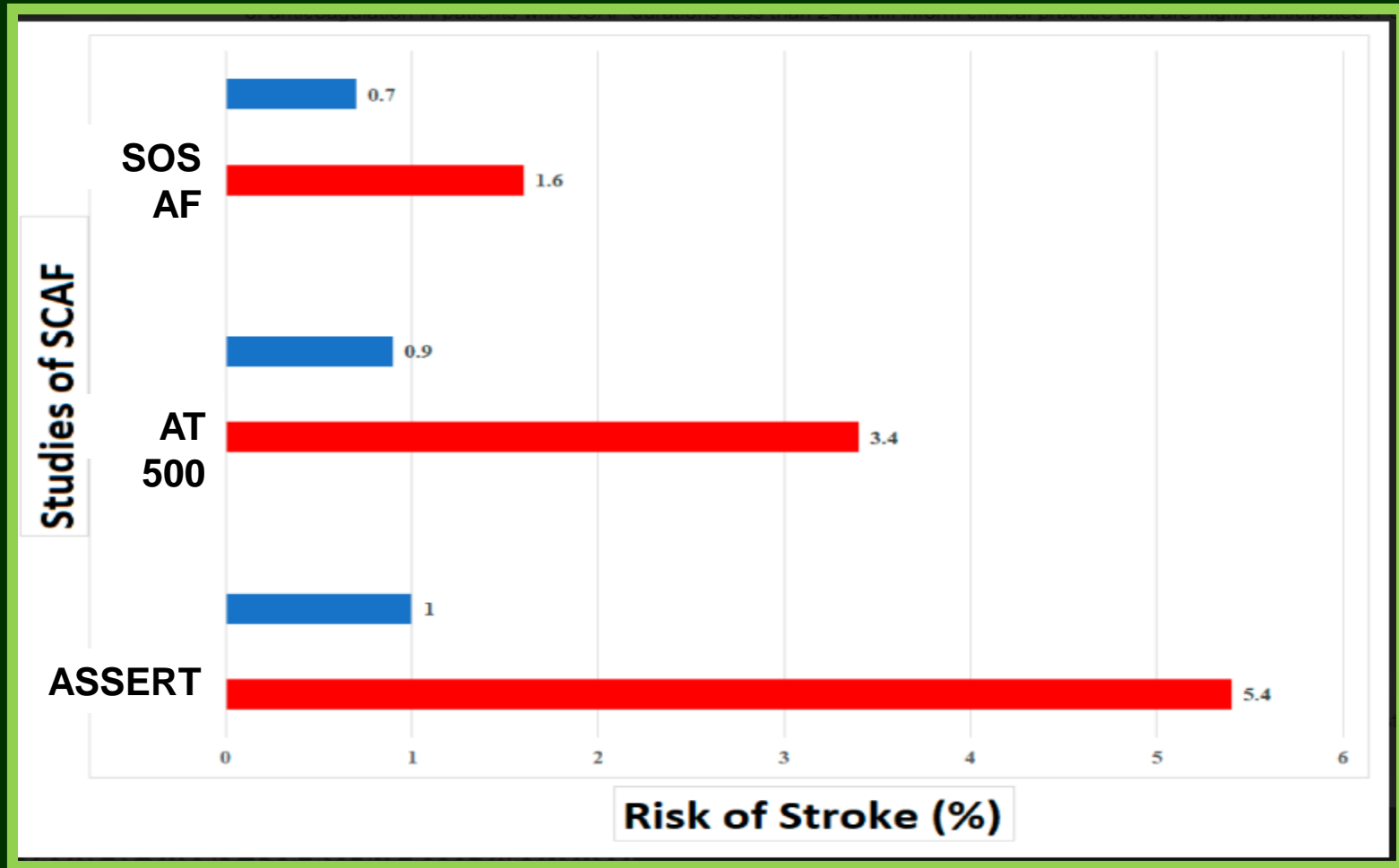
Исследование 180 пациентов с ФП (90 с пароксизмальной ФП и 90 с персистирующей ФП) и 90 пациентов в группе контроля с синусовым ритмом. Все пациенты проходили неврологическое обследование и МРТ диагностику, оценку нейропсихологического статуса.

Доля пациентов с как минимум одним очагом бессимптомного инфаркта мозга по данным МРТ, %



Когнитивные функции у пациентов с персистирующей и пароксизмальной ФП были значительно хуже, чем у пациентов в контрольной группе (тестирование для оценки нейропсихологических показателей – $82,9 \pm 11,5$, $86,2 \pm 13,8$ и $92,4 \pm 15,4$ балла соответственно, $p < 0,01$)

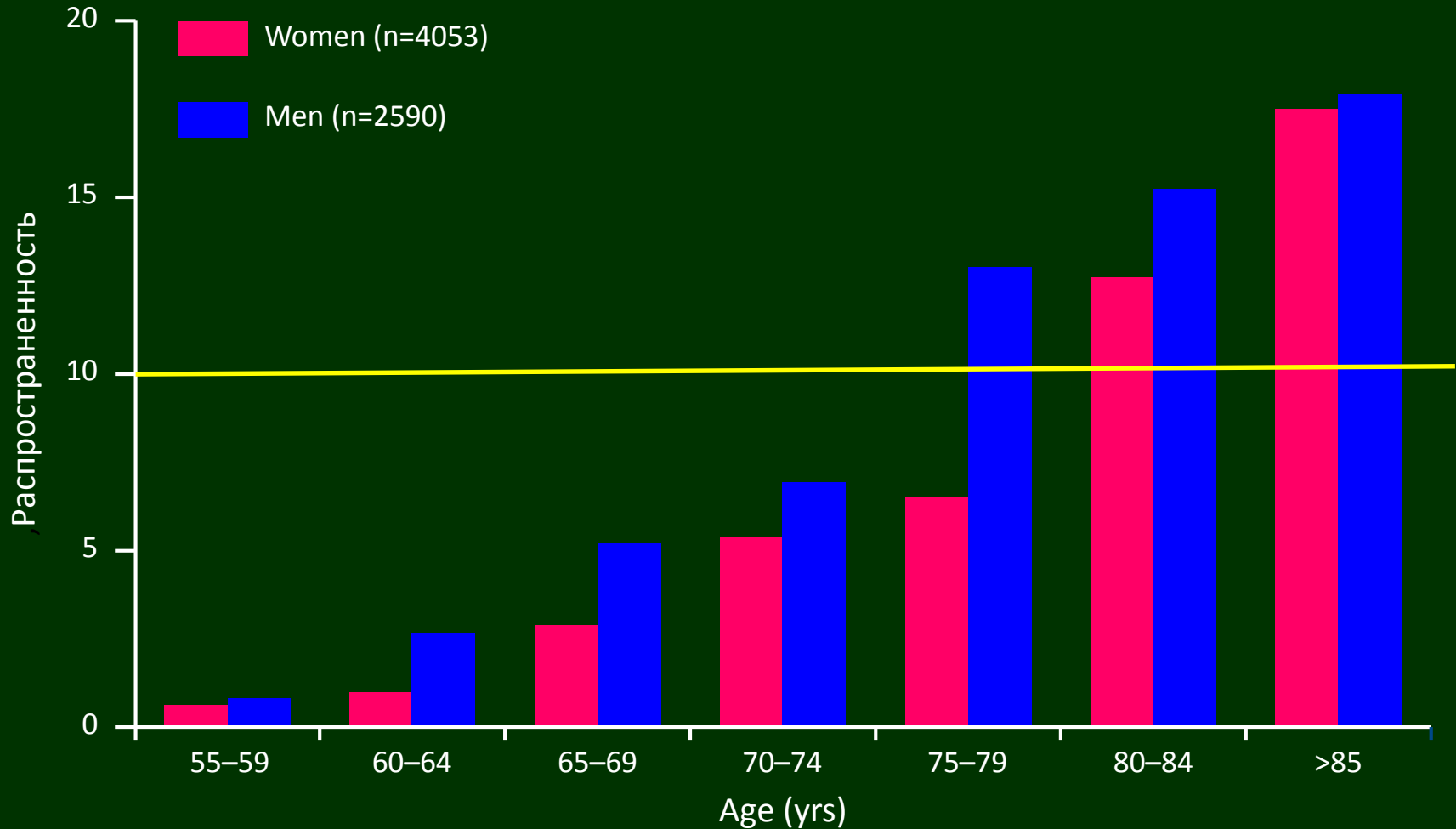
У пациентов с ФТТ частота «немых» ишемических инфарктов мозга и когнитивных нарушений значительно выше, чем у пациентов с синусовым ритмом



Обследование для выявления ФП

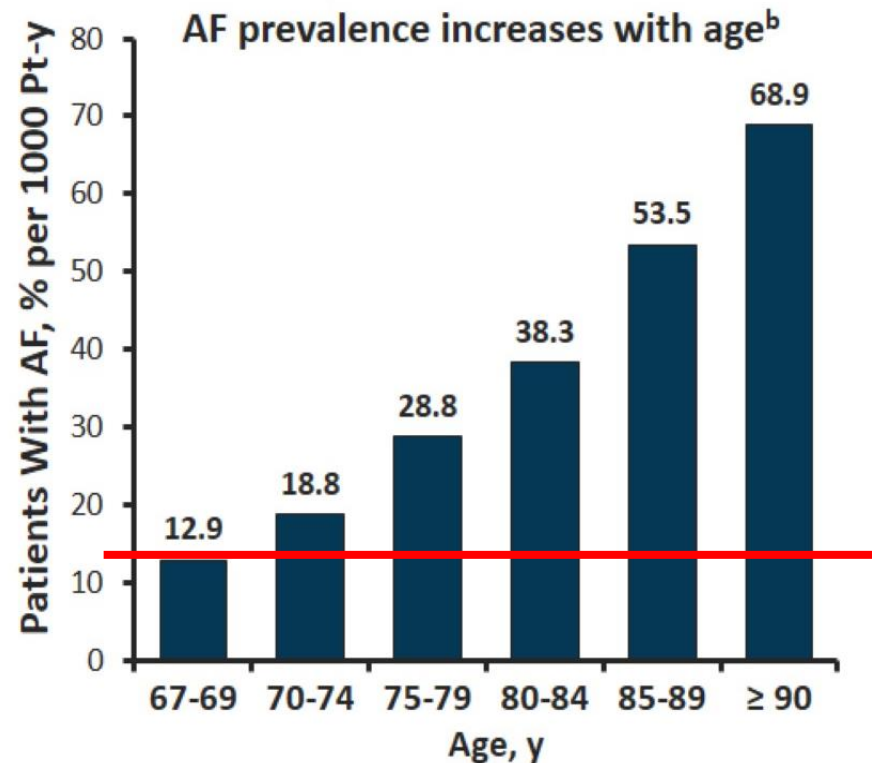
Рекомендации	Класс	Уровень
<u>Первичный скрининг на ФП</u> рекомендуется проводить с помощью исследования пульса и ЭКГ у пациентов старше 65 лет.	I	B
У пациентов с ТИА или ишемическим инсультом, скрининг на ФП рекомендуется с использованием ЭКГ-ленты с последующим <u>ЭКГ-мониторированием по крайней мере в течение 72 часов.</u>	I	B
Рекомендуется <u>запрашивать пейсмекер</u> и внутрисердечный дефибриллятор на регулярной основе для эпизодов с высокой предсердной частотой (ЭВПЧ). У пациентов с ЭВПЧ должно проводиться мониторирование для документирования ФП до начала терапии.	I	B
У пациентов с инсультом <u>дополнительное ЭКГ-мониторирование с использованием неинвазивных устройств длительной записи или имплантируемых устройств</u> должно рассматриваться для документирования «немой» ФП.	IIa	B
<u>Систематический ЭКГ-контроль</u> может рассматриваться для регистрации ФП у пациентов старше 75 лет или у пациентов с высоким риском инсульта.	IIa	B

Распространенность ФТ увеличивается с возрастом



Новые данные о распространенности ФТ

- Most common sustained arrhythmia
 - Estimated prevalence: 2.3% to 3.4%^a
- Rare in people age < 40 years but prevalence increases with age^a
 - Incidence approximately doubles with each decade of life after age 55
 - Expected to affect 1 in 4 people over the age of 40



a. Ball J, et al. *Int J Cardiol.* 2013;167:1807-1824; b. Piccini JP, et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2012;5:85-93.

Дизайн исследования

Сплошная выборка из пациентов кардиологического отделения
ГБ №1 в течение 1 года

Группа 1 -
постоянная форма МА
на фоне АГ и/или
ИБС в течение 2 лет и
более,
n = 48

Группа 2 -
пароксизмы МА
на фоне АГ и/или
ИБС в течение 2 лет и
более,
n = 36

Группа 3 -
Больные с АГ и ИБС
без МА,
n = 40

Оценка
психосоматического статуса
когнитивных функций, качества жизни
(n=84)

Критерии исключения:

-ОНМК, ТИА, ИМ в анамнезе, Плохое зрение

Методы исследования

1. Психологическое тестирование

- Шкала депрессии Цунге в адаптации Т.И.Балашевой
- Шкала самооценки здоровья от 0 до 100 баллов

2. Когнитивные функции (программно-аппаратный комплекс «Status PF», разработанный на базе Кемеровского государственного университета. (память, мышление., внимание, нейродинамика)

3. Качество жизни

Опросник SF-36

4. Соматическое состояние пациента

Стандартное обследование пациентов с МА

5. Холтеровское мониторирование 48 часов

У больных с пароксизмальной формой МА

«Тихие» пароксизмы ФТТ
наблюдались у 61% больных
с пароксизмальной формой ФТТ
по данным
Холтеровского мониторирования
48 часов

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Пациент: Регистратор: Поли-Спектр-СМ
 Возраст (лет) Пол: жен. Сер номер: 518
 Вес (кг): Рост (см):

СВОДНАЯ СТАТИСТИКА

РИТМ		ЖЕЛУДОЧКОВАЯ АКТИВНОСТЬ	
Проанализировано комплексов	94972	Одиночные ЖЭС	18
Проанализировано минут	1271	Парные ЖЭС	0
Максимальная ЧСС	158 уд/мин в 07:23:5	Всего ЖТАХ	0
Минимальная ЧСС	31 уд/мин в 15:44:15	ЖТАХ с максимальной ЧСС	-
Средняя ЧСС	75 уд/мин	ЖТАХ с минимальной ЧСС	-
		Самая длинная ЖТАХ	-
		Максимум одиночных ЖЭС в час	5 (15:00 - 16:00)

АНАЛИЗ ST-СЕКМЕНТА		НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ АКТИВНОСТЬ	
Максимальная депрессия ST	0,00	Одиночные НЖЭС	2763
Максимальная элевация ST	0,00	Парные НЖЭС	125
Самый продолжительный эпизод депрессии ST	-	Всего эпизодов СВТ	29
Общая продолжительность эпизодов депрессии ST	00:00:00	Самый длинный эпизод СВТ	00:00:07 в 10:21 (119уд/мин)
Эпизод депрессии ST с максимальной ЧСС	-	Максимальное количество одиночных НЖЭС в час	511 (15:00 - 16:00)
		Эпизод СВТ с максимальной ЧСС	00:00:07 в 10:21 (119уд/мин)
		Нерегулярный ритм	112 длит.11:49

БРАДИКАРДИЯ	
Паузы	54
Максимальная пауза	3,27 с в 15:32:47

КРИТЕРИИ АНАЛИЗА

Уровень преждевременности	80%
Пауза	1,5 с
Депрессия ST сегмента	0,10
Элевация ST сегмента	0,20

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

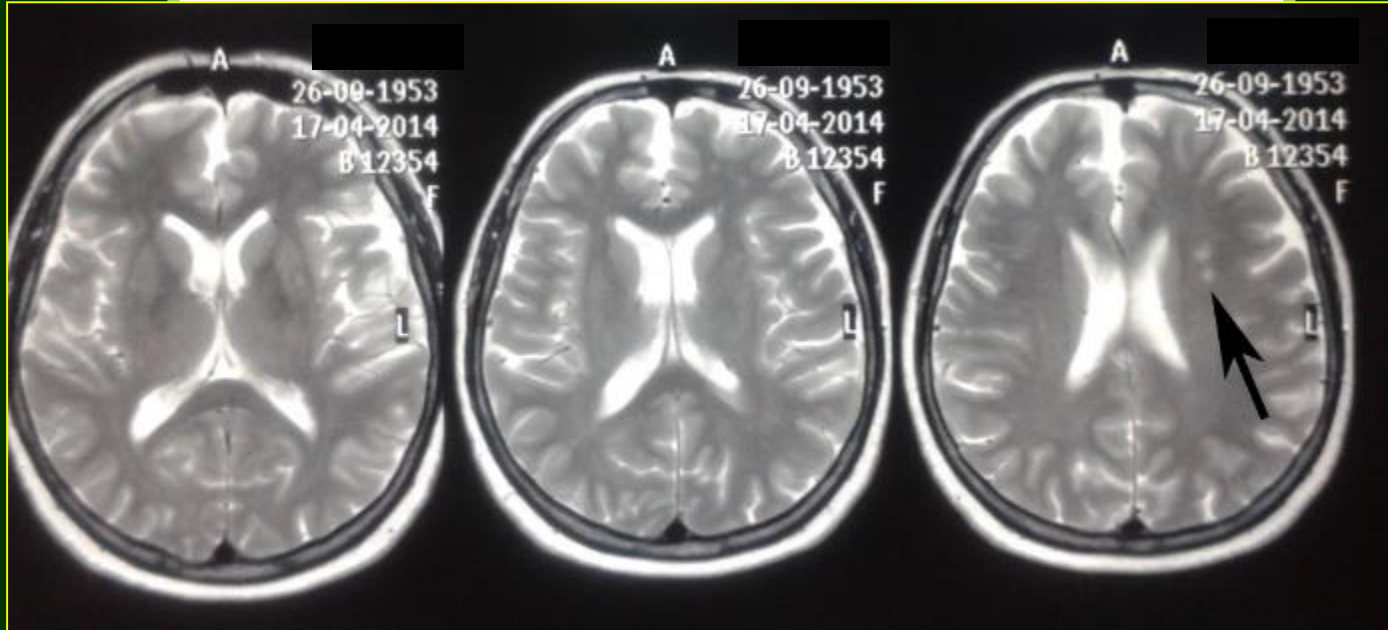
Ритм синусовый с мин ЧСС 31 в мин, средняя ЧСС 75 в мин.
 Зарегистрированы эпизоды фибрилляции и трепетания предсердий (около 40 за сутки), продолжительностью менее 30 сек, с ЧСЖ до 158 в мин.
 Максимальная ЧСС при синусовом ритме и минимальная ЧСЖ не указаны в связи с отсутствием возможности у программы разделить сердечные сокращения при синусовом ритме и при фибрилляции предсердий на отдельные группы.
 Частая одиночная наджелудочковая экстрасистолия, пары.
 Редкая одиночная монофокусная желудочковая экстрасистолия.
 Паузы до 3270 мс за счет купирования фибрилляции предсердий, постэкстрасистолических пауз, синусовой аритмии.
 Диагностически значимой динамики сегмента ST не зарегистрировано.



Заключение:
 Зарегистрированы эпизоды фибрилляции и трепетания предсердий **около 40 за сутки** продолжительностью около 30 сек., ЧСЖ до 158 в мин
 Паузы до 3270 мс после купирования фибрилляции предсердий и постэкстрасистолических пауз

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Диагностический центр Алтайского края
Отделение магнитнорезонан. компьютерной томографии
656038 г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

Ф.И.О. больного: [redacted] N 504944
Врачи: Жихарев В.В. Михальков Д.Ф.
Методика: МРТ головного мозга в ангиопрограм.



Патологических изменений со стороны передних, средних и задних мозговых артерий не выявлено.

Заключение:

Очаговые изменения долового мозга

Заключение:

Очаговые изменения головного мозга сосудистого генеза.
Смешанная гидроцефалия.
S-образная извитость обеих ВСА и левой ПА на экстракраниальном уровне.
Снижение кровотока в правой ПА.

Врач:

17-04-2014



Заключение:
Очаговые изменения мозга
сосудистого генеза

ДНЕВНИК мониторинга ритма сердца N _____ мониторинг N _____
 Фамилия *Маргулова* Имя *Елена* Отчество *Владимировна*
 Дата *02.02.15* Место жительства _____ Дата рождения *10.11.54* возраст *50*
 Осложнения _____ давность _____ рост *155*
 Дата приема: район _____ ул. _____ д. _____ кв. _____

1. Мониторирование сердечного ритма (указать № и дату)
 По время мониторирования необходимо соблюдать (подчеркнуть)
 ЧСС, дыхание, работу ПЖС, измерение артериального давления, контроль температуры (для мониторинга тахикардий), другие назначения (поиск)
2. Измерение ЧСС (раз)
3. Тренировка в день мониторирования (подчеркнуть)
 отжимания, приседания, дыхательная гимнастика, велотренажер, зарядка
4. Физические нагрузки в день мониторирования (подчеркнуть)
 нагрузка умеренная, по лестнице, со утяжелителем, нагрузка задержана

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Время ночного сна с *22⁰⁰* до *6⁰⁰* Качество сна _____
 (ВОДИТЕЛИЮ ЛЕСТНИЦ)

N	Число приступов	Время начала приступа	Время окончания	Описание
1	1	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	не сильная тахикардия синхронная ТЭНСОЕ за закрытой дверью спальни
2	1	16 ⁰⁰	16 ⁰⁵	
3				

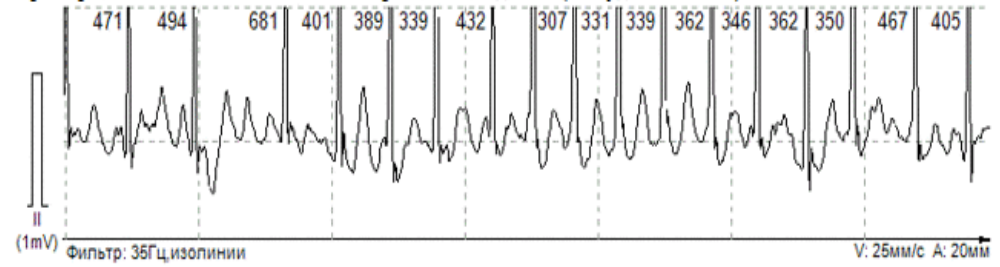
Повторяющиеся изменения (по 1-2 мин)

	время	описание
лежит на спине		лежит на животе
лежит на правом боку		лежит на левом боку

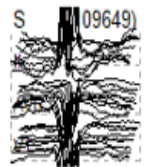
Другие действия в течение суток	время	Описание
после завтрака легла	9 ¹⁰ - 9 ³⁰	
скакала тихо потом с ускорением	10 ⁴⁰ - 11 ¹⁵	не характерные ощущения в груди
лежала	11 ¹⁶ - 11 ⁵⁶	
тихий шаг	14 - 16	
ходьба по коридору	17 ⁵⁰ - 18 ⁰³	чувство жжения в груди, ощущение отдаления ног, ощущение жжения

(Продолжить на обороте)
18⁴⁰
22⁰⁰ - 6⁰⁰ сон *22 - 6⁰⁰*

Пример ЭКГ максимальной ЧСС за время наблюдения (144 уд/м 09:04:48)



Морфология QRS



Ритмы и нарушения ритма сердца

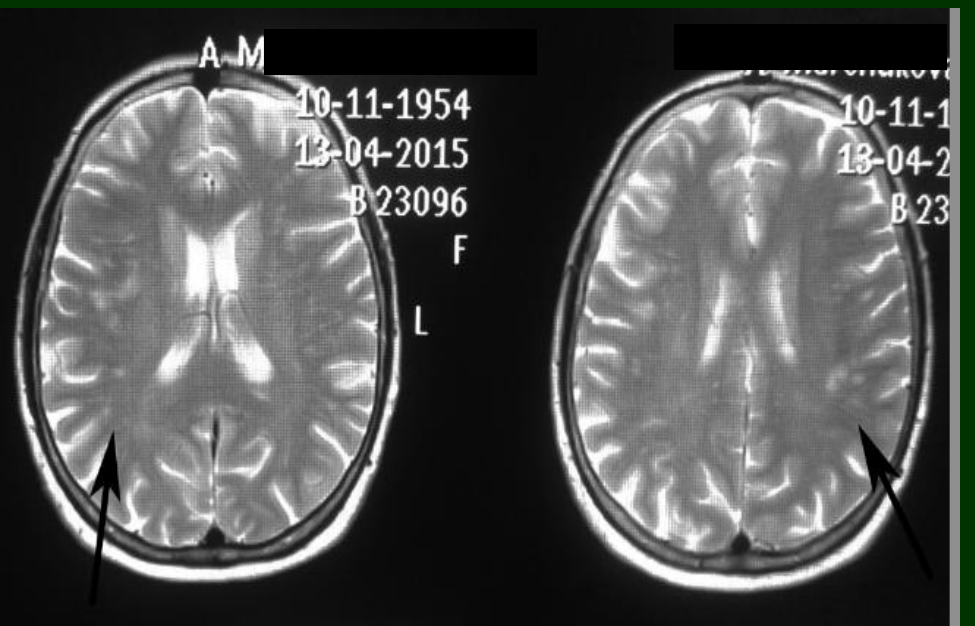
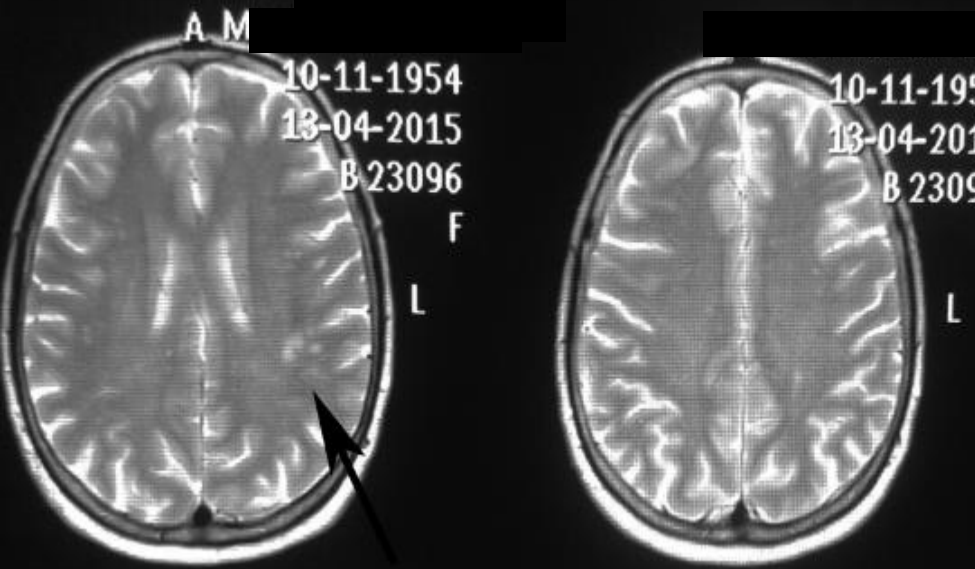
За время обследования наблюдались следующие типы ритмов:

Во время наблюдения регистрировалось чередование синусового ритма и трепетания предсердий, с небольшим преимуществом по времени синусового ритма. Синусовый ритм общей длительностью 13 часов 19 минут, состоящий из 220 участков, длительностью от 14 сек. до 40 мин. 33 сек., с ЧСС от 51 до 106 (средняя 75) в минуту. Трепетание предсердий общей продолжительностью 10 часов 18 минут, состоящий из 221 участка, длительностью от 14 сек. до 29 мин. 22 сек., с ЧСЖ от 57 до 144 (средняя 79) в минуту. ЧСС в течение суток в пределах возрастной нормы. Циркадный индекс 119%. Циркадный индекс ЧСС снижен. В течение суток субмаксимальная ЧСС достигнута (90% от максимально возможной для данного возраста). Регистрируется патологическое число наджелудочковых аритмий, в том числе нехарактерных для здоровых лиц (трепетание предсердий). Желудочковая экстрасистолия не обнаружена.

Во время трепетания предсердий зарегистрировано около 1000 пауз от 1,5 до 2 сек. и 61 пауза продолжительностью больше 2 сек. (максимальная пауза - 2669 мсек.).

Во время синусового ритма регистрировались:

- частые одиночные предсердные экстрасистолы (10614 за сутки), в том числе эпизоды бигеминии;
- редкие эпизоды парных (200 за сутки) и групповых (29 за сутки) предсердных экстрасистол;
- около 200 пауз от 1,5 до 2 сек. и 12 пауз продолжительностью больше 2 сек. (максимальная пауза - 2619 мсек.) после эпизодов трепетания предсердий.



Для окна выдачи результатов

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
 "Диагностический центр Алтайского края"
 Отделение магнитно-резонансной компьютерной томографии
 г. Барнаул, пр. Комсомольский 75а, тел. для справок: 24-32-90

Ф.И.О. пациента: [REDACTED] № 516381
 Врач: Чебочаков Олег Юрьевич
 Услуга: МРТ головного мозга в ангиопрограм.

Пол: жен Дата рождения: 10-11-1954 (60) Протокол №7496246
 Протокол обслед.:
 в N 23896

Исследование головного мозга проведено на цифровом МР-томографе "Ingelia - 1.5 Тл Филипс" в режимах Т2-турбо спин-эхо в трансверсальной и сагиттальной проекциях с толщиной среза 5 мм, "FLAIR" с толщиной среза 5 мм, Т1-градиентное-эхо в трансверсальной проекции с толщиной среза 5 мм и в ангиорежиме с толщиной среза 3 мм, с трехмерной реконструкцией изображения. Добровольное информированное согласие пациента на проведение исследования получено.

На МР-томограммах головного мозга определяются очаговые изменения ствола мозга, базальных ядер, белого вещества лобно-теменных областей размерами от 3 мм до 6 мм, повышенного МР-сигнала в Т2-режиме, пониженного МР-сигнала в Т1-режиме, без перифокального отека.

Желудочки мозга не смещены, не деформированы, не увеличены в объеме.

Субарахноидальные пространства без признаков расширения. Структура и положение мозжечка без видимых патологических изменений.

На МР-ангиограмме патологических изменений со стороны сонных, вертебральных, передних, средних и задних мозговых артерий не выявлено.

Заключение:
 Очаговые изменения головного мозга сосудистого генеза.

13-04-2015

врач /Чебочаков О.Ю./
 к.м.н., врач высш.кв.кат. /Михальков Д.Ф./
 р/лаб /Волкова Н.Б./

Когнитивные функций при разных формах МА, $M \pm \sigma$

Показатель \ Сроки	Постоянная МА n = 48	Пароксизмы МА n = 36	Без МА n = 40	p
Объем механической памяти, бал	4,1±1,1	4,8±1,1	5,6±1,4**	p>0,05
Объем смысловой памяти, бал	4,6±1,27	4,1±1,27*	5,2±1,4**	p<0,05
Образная память, бал	8,3±1,21	7,2±1,21*	9,6±1,3**	p<0,01
Объем внимания, бал	5,7±1,9	4,6±2,1	6,4±1,8**	p>0,05
Тест «отыскивание чисел», сек	25,1±5,3*	26,5±4,8*	20,7±4,6**	p<0,05
Тест «простые аналогии», бал	16,8±6,2<	15,9±6,3*	23,1±6,3**	p=0,02
Тест «индукция», бал	8,37±2,27	8,37±2,27	10,3±2,1**	p>0,05
Тест «абстракция», бал	3,68±2,84	3,68±2,84	4,9±1,2**	p>0,05
Сложные Зрительно-Моторные Реакции				
Минимальная экспозиция, мсек	331,44±89,7	331,44±89,7	343,19±64,7**	p>0,05
Средняя экспозиции, мсек	579,3±108,9	589,1±98,4	551,8±81,6**	p>0,05
Количество ошибок	2,09±1,5	4,2±1,1*	1,9±1,6**	p<0,05

Показатели когнитивных функций в подгруппах субклинической и без субклинической ФП

	Показатели	Пароксизмальная ФП, n=50		p
		Субклиническая ФП, n=13	Клиническая ФП, n=37	
Мышление	Составление простых аналогий (баллы)	17,8±8,6	17,5±8,2	p=0,886
	Индукция (баллы)	7,5±2,9	9,1±2,2	p=0,051
	Абстракция (баллы)	3,2±1,6	5,6±3,4	p=0,002
Нейродинамика	Сложная зрительно-моторная реакция			
	Средняя экспозиция (мсек)	759,8±88,5	772,1±160,8	p=0,735
	Количество ошибок (n)	4,1±3,0	3,1±3,1	p=0,380
	Реакция на движущийся объект			
	Количество опережений (n)	7,2±3,7	5,8±3,3	p=0,231
	Количество запаздываний (n)	20,4±3,8	21,3±4,8	p=0,529
	Количество точных попаданий (n)	2,5±2,2	2,9±2,6	p=0,626

Клинико-демографические характеристики пациентов в подгруппах с субклинической и без субклинической ФТ в группе больных с пароксизмальной ФТ

Параметры	С субклинической ФП n=13	Без субклинической ФП n=37	p
Пол, n: мужчины/женщины	1/12	23/14	p<0,001
Возраст, годы, M±SD	66,3±4,1	59,9±8,7	p=0,001
Образование, n (%)			p=0,036
-среднее-специальное	8 (61,5)	18 (48,6)	
-высшее	5 (38,5)	10 (27,0)	
ИБС, n (%)	3 (23,1)	14 (37,8)	p=0,343
Стенокардия напряжения 1-3 ФК	1 (7,7)	10 (35,1)	
ПИКС	1 (7,7)	2 (5,4)	
Атеросклероз коронарных артерий	1 (7,7)	2 (5,4)	
Артериальная гипертензия, n (%)	11 (84,6)	31 (83,8)	p=0,945
1 степени	4 (30,8)	8 (21,6)	
2 степени	5 (38,5)	12 (32,4)	
3 степени	2 (15,4)	6 (16,2)	
Сахарный диабет, n (%)	7 (53,8)	4 (10,8)	p=0,013
Застойная сердечная недостаточность(ФВ ЛЖ < 40%), n(%)	0	2 (5,4)	p=0,156
Ожирение (ИМТ > 30 кг/м ²), n (%)	7 (53,8)	9 (24,3)	p=0,048

Субклиническая Фибрилляция предсердий

Клинические последствия

Криптогенный
Инсульт

Ишемический
инсульт

Гипоперфузия
головного мозга

Микро-
кровоотечения

Субклинические
ишемические инсульты

Когнитивная дисфункция

Деменция

Клинические проблемы

Профилактика развития
Тахи-зависимой
Кардиопатии ??

Профилактика
тромбоэмболических
осложнений !!!?



ESC

European Society
of Cardiology

Europace (2019) 0, 1–32
doi:10.1093/europace/euz046

EHRA POSITION PAPER

Management of asymptomatic arrhythmias: a European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document, endorsed by the Heart Failure Association (HFA), Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA), and Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS)

David O. Arnar (Iceland, Chair)^{1*}, Georges H. Mairesse (Belgium, Co-Chair)², Giuseppe Boriani (Italy)³, Hugh Calkins (USA, HRS representative)⁴, Ashley Chin (South Africa, CASSA representative)⁵, Andrew Coats (United Kingdom, HFA representative)⁶, Jean-Claude Deharo (France)⁷, Jesper Hastrup Svendsen (Denmark)^{8,9}, Hein Heidbüchel (Belgium)¹⁰, Rodrigo Isa (Chile, LAHRS representative)¹¹, Jonathan M. Kalman (Australia, APHRS representative)^{12,13}, Deirdre A. Lane (United Kingdom)^{14,15}, Ruan Louw (South Africa, CASSA representative)¹⁶, Gregory Y. H. Lip (United Kingdom, Denmark)^{14,15}, Philippe Maury (France)¹⁷, Tatjana Potpara (Serbia)¹⁸, Frederic Sacher (France)¹⁹, Prashanthan Sanders (Australia, APHRS representative)²⁰, Niraj Varma (USA, HRS representative)²¹, and Laurent Fauchier (France)²²

**Consensus statements****Symbol****References**

Пациенты с бессимптомной ФП должна быть назначена антикоагулянтная терапия в соответствии с их расчетным риском инсульта как при клин. ФП



47,66–68

Следует рассмотреть возможность скрининга лиц с высоким риском, например, пациенты с баллом CHA2DS2-VASc > 2 для ФП.

Expert
opinion

Изменения образа жизни следует рекомендовать пациентам с бессимптомной ФП, как и пациентам с открытой ФП.



47,66–68

Кардиоверсия персистирующей ФП у бессимптомных пациентов может быть рекомендована для дифференциации между действительно бессимптомными пациентами адаптированы к симптомам, связанным с ФП



77,137

Для контроля риска кардиомиопатии, вызванной тахикардией, пациентам с бессимптомной ФП с быстрой АВ проводимостью следует назначать препараты.



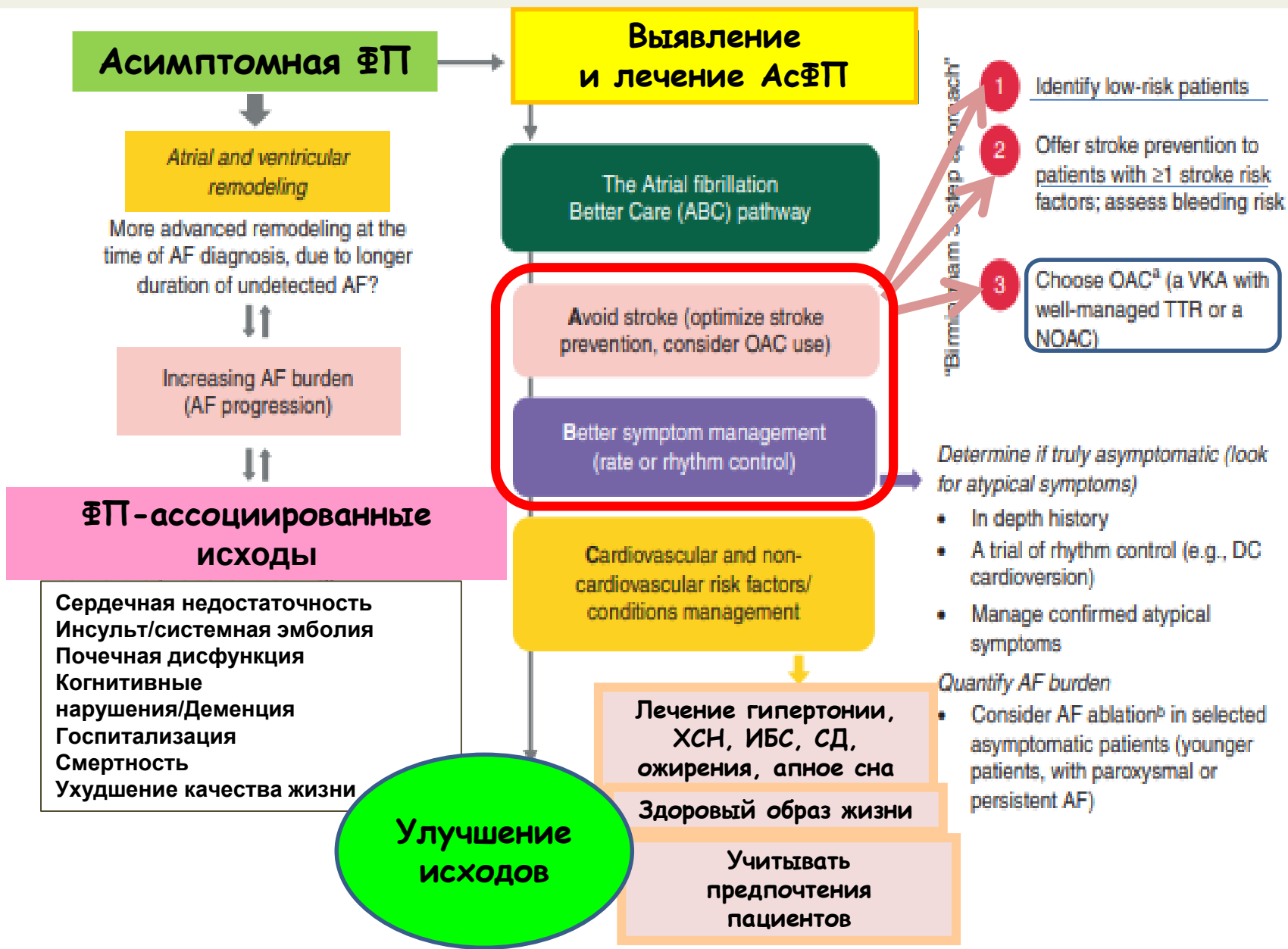
93,94

Абляция может быть предложена отдельным пациентам с бессимптомной ФП, исходя из предпочтений пациента, после получения подробного информированного согласия.

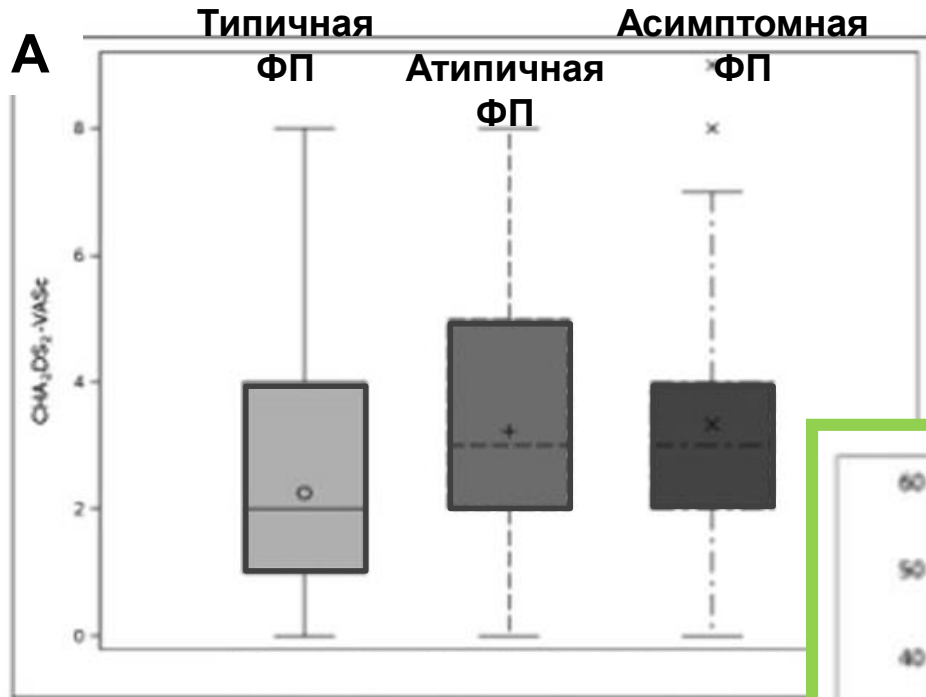
77, Expert
opinion**Table 1** Scientific rationale behind colored hearts recommendations

Definitions where related to a treatment or procedure	Consensus statement instruction	Symbol
Scientific evidence that a treatment or procedure is beneficial and effective. Requires at least one randomized trial or is supported by strong observational evidence and authors' consensus (as indicated by an asterisk)	'Should do this'	
General agreement and/or scientific evidence favour the usefulness/efficacy of a treatment or procedure. May be supported by randomized trials based on a small number of patients or which is not widely applicable	'May do this'	
Scientific evidence or general agreement not to use or recommend a treatment or procedure	'Do not do this'	

Алгоритм лечения субклинической фибрилляции предсердий

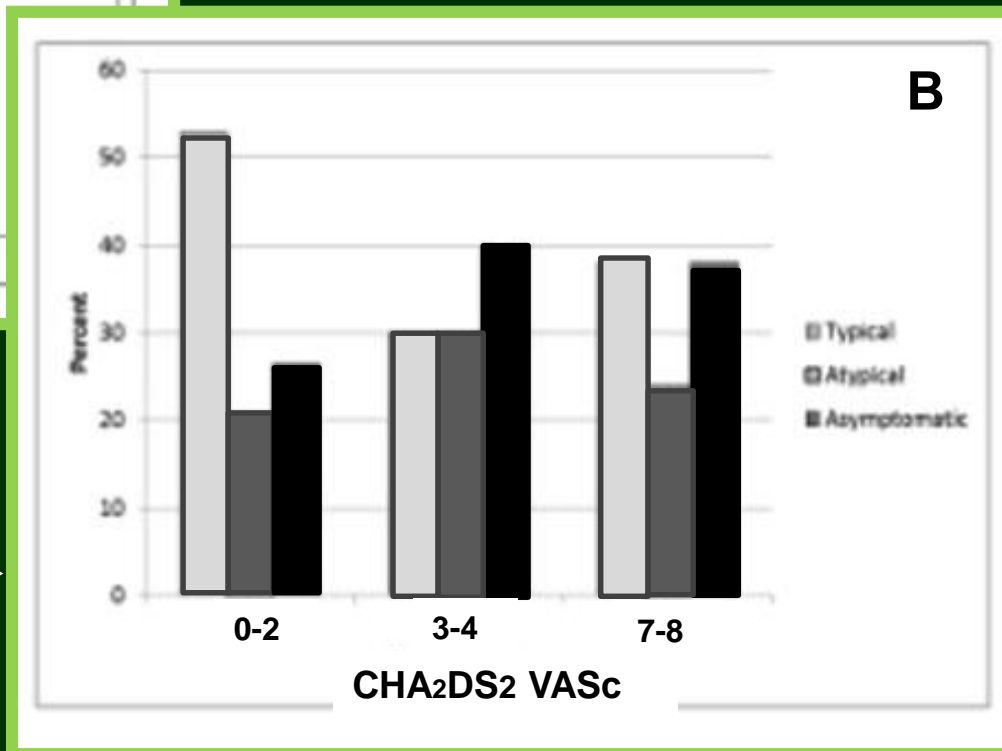


Предполагаемый исходный риск инсульта в когорте больных с ФП

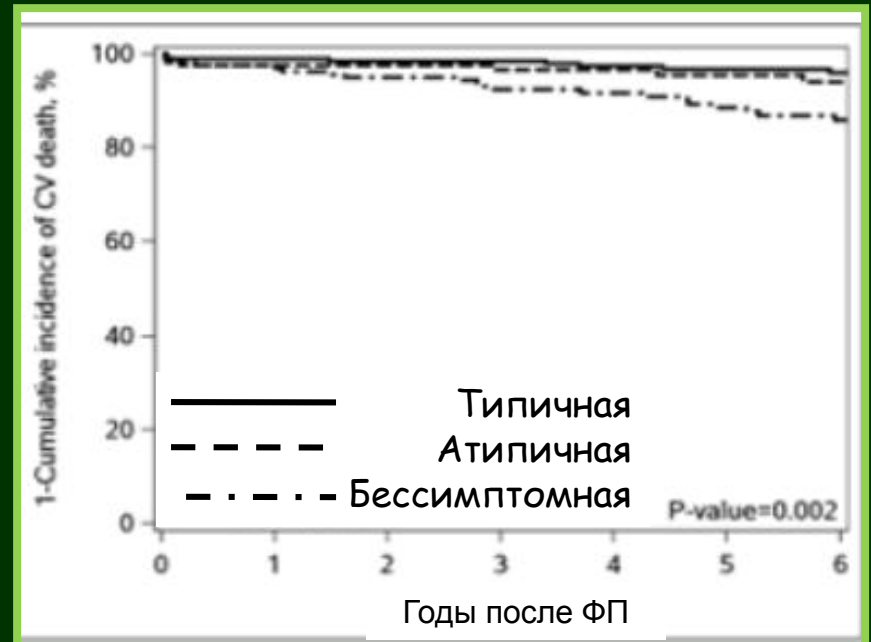
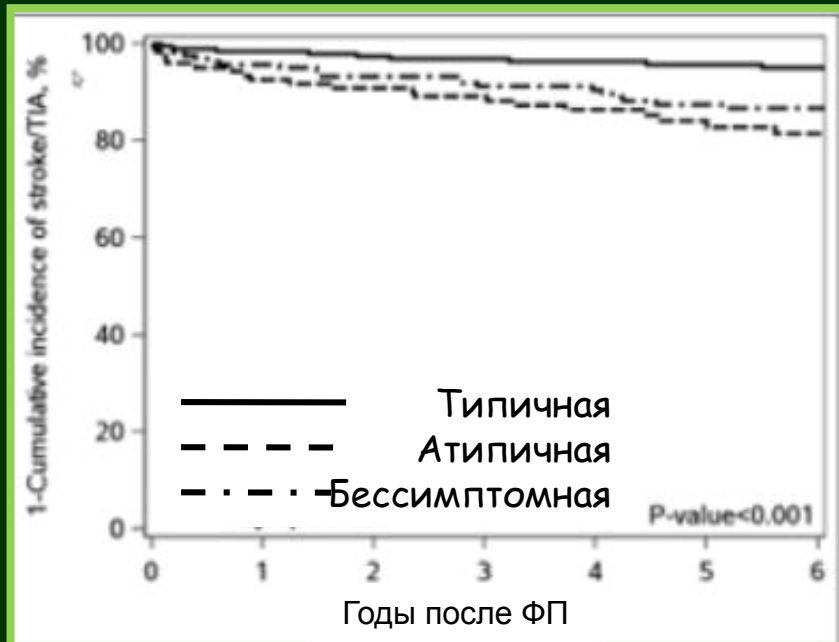


← (A) распределение показателей CHA₂DS₂-VASc по типу предсердной фибрилляции

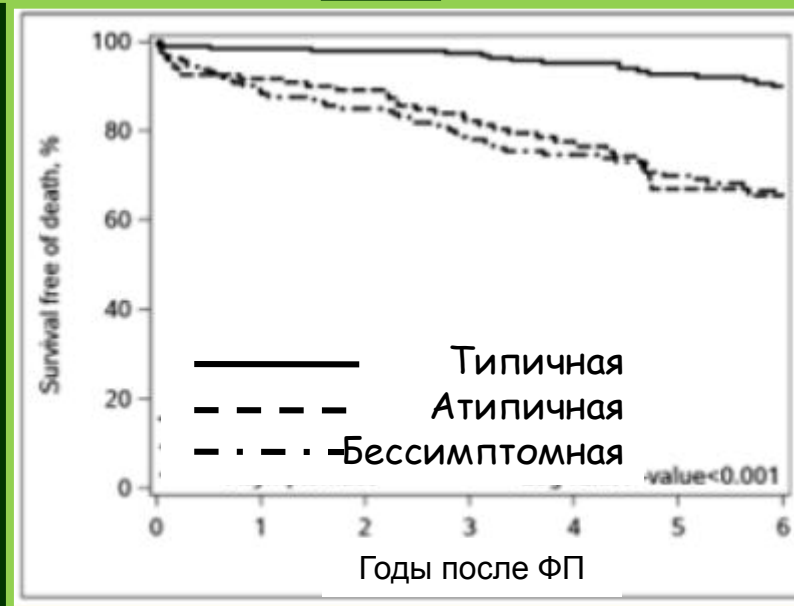
(B) частота типа предсердной фибрилляции среди категорий показателей CHA₂DS₂-VASc →



Исходы разных форм ФП



Инсульты

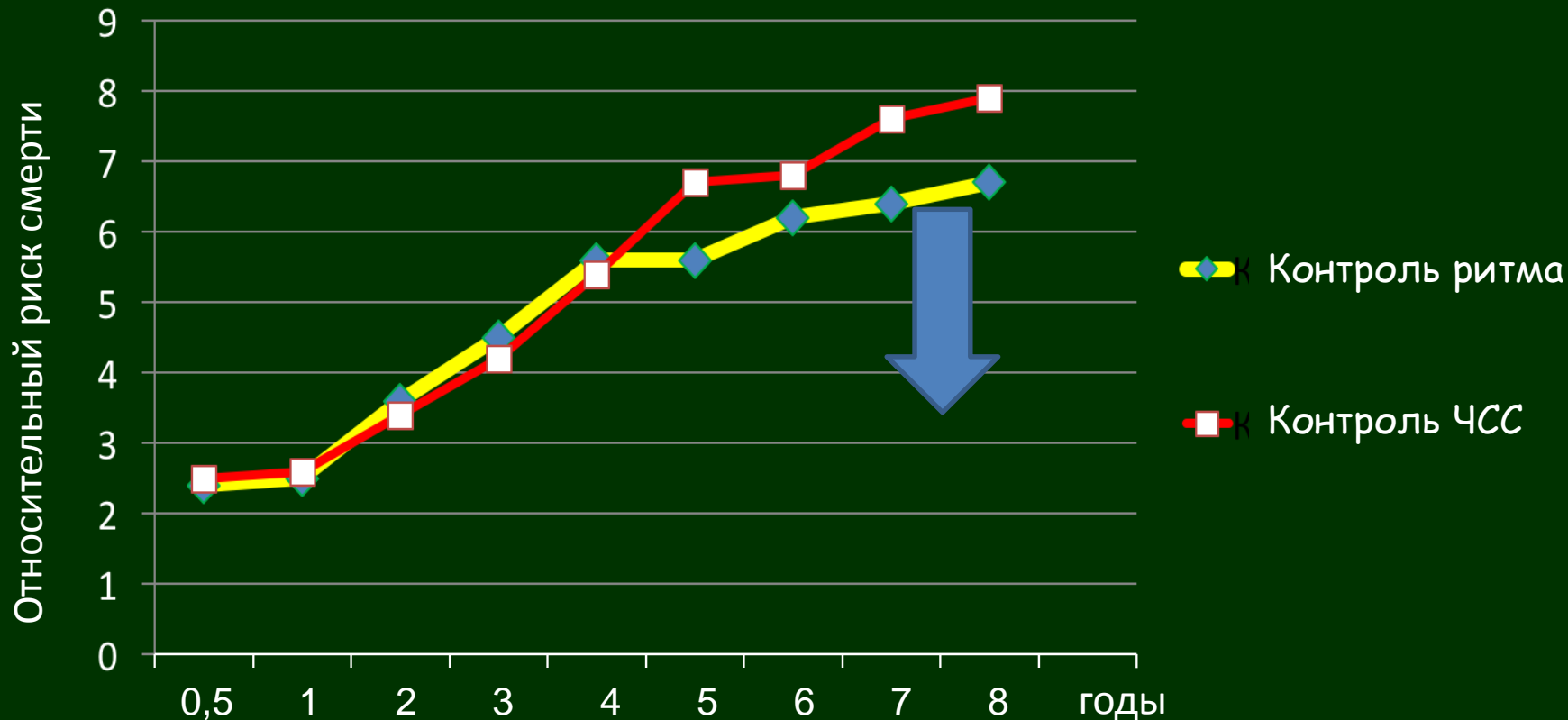


Сердечно-сосудистая смерть

Общая смертность

Относительный риск смерти при сравнении двух стратегий лечения ФП

(26 130 больных ФП, наблюдение более 8 лет)



Стратегия сохранения синусового ритма является предпочтительной в долгосрочной перспективе лечения

Рекомендации по выбору ААТ для сохранения синусового ритма

Препарат	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Амиодарон	I	A
Пропафенон	I	A
Соталол	I	A

Амиодарон более эффективен в поддержании синусового ритма чем соталол, пропафенон, однако **учитывая токсический профиль амиодарона он может применяться в случаях, когда другие рекомендованные препараты неэффективны или противопоказаны (I A/C)**

ПРОПАНОРМ применяется при широком спектре аритмий



**Соотношение «эффективность – безопасность»
у пропанорма лучше среди антиаритмиков**

ПРОПАНОРМ рекомендован для профилактической антиаритмической терапии

Клинические рекомендации

Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации

Общероссийская общественная организация Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей). Секция "Сочетанные патологии"

Рабочая группа: академик РАИ, профессор Р.Г. Оганов (Председатель) (Москва), академик РАИ, профессор Н. Н. Давыдов (Президент) (Москва), профессор В. Н. Савельева* (Научный консультант) (Санкт-Петербург), профессор Вадим И.Г. Селев (Санкт-Петербург), профессор Бакумова И. В. (Санкт-Петербург), профессор Волынец С.А. (Санкт-Петербург), член-корр. РАИ профессор Барбарца О. И. (Киев), профессор Терехина Н. П. (Томск), профессор Алешин В. А. (Москва), член-корр. РАИ профессор Артемьев О. М. (Москва), ч.ч.ч. Артемьев Е. И. (Москва), профессор Котельская Ю. В. (Москва), профессор Алы А. М. (Санкт-Петербург), профессор Мамедов М. И. (Москва), ч.ч.ч. Марданов Б. У. (Москва), профессор Макаров О. И. (Новосибирск), профессор Петрова М. М. (Брянск), профессор Володина Ю. М. (Москва), д.ч.ч. Румянцева Н. К. (Москва), профессор Сайганов С. А. (Санкт-Петербург), ч.ч.ч. Тарасов А. В. (Москва), профессор Ткаченко О. И. (Москва), ч.ч.ч. Уранский А. М. (Москва), профессор Шапинова С. А. (Москва).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, сердечно-сосудистый континуум, метаболический синдром, метаболическая эквивалентность, перенос и лечение профилактики, рациональная фармакотерапия. **Клинические рекомендации** и профилактика. 2017. 160с. <http://dx.doi.org/10.15292/1728-8800-2017-6>

Comorbidity in practice. Clinical guidelines

Association of General Family Care Practitioners, Russian national registered charity, Section "Comorbidity"

Working group: Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor R. G. Oganyan (Chairman) (Moscow), Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor N. N. Davydov (President) (Moscow), Professor V. N. Savelyeva* (Scientific consultant) (Saint-Petersburg), Professor Vadim I. G. Selev (Saint-Petersburg), Professor Bakumova I. V. (Saint-Petersburg), Professor Volynets S. A. (Saint-Petersburg), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor O. I. Barbarca (Kyiv), Professor N. P. Terexina (Tomsk), Professor V. A. Aleshin (Moscow), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor O. M. Artemyev (Moscow), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor E. I. Artemyev (Moscow), Professor Y. V. Kotelskaya (Moscow), Professor A. M. Aly (Saint-Petersburg), Professor M. I. Mamedov (Moscow), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor B. U. Marjanov (Moscow), Professor O. I. Makarov (Novosibirsk), Professor M. M. Petrova (Bryansk), Professor Yu. M. Volodina (Moscow), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor N. K. Rumyantseva (Moscow), Professor S. A. Saiganov (Saint-Petersburg), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor A. V. Tarasov (Moscow), Professor O. I. Tkachenko (Moscow), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor A. M. Uranskiy (Moscow), Professor S. A. Shapinova (Moscow).

Key words: cardiovascular disease, cardiovascular continuum, comorbidity, metabolic syndrome, disease comorbidity, therapy


Раздел 9. Нарушения ритма сердца у коморбидных пациентов.

Новое 2017!

Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ
Научно-исследовательская Ассоциация по изучению Синдромов Метаболического Эквивалента (ПРОМЕДЭКОМ)

Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения

Клинические рекомендации



Новое 2019!

<https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/712>
<https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/2235>

- Пациентам без сердечно-сосудистой коморбидности
- Пациентам с АГ за исключением пациентов с гипертрофией миокарда ЛЖ ≥ 14 мм (по данным ЭхоКГ)
- При ХСН и ИБС при хронических формах, у пациентов с сохраненной систолической функции ЛЖ
- При ТИРЕОТОКСИКОЗЕ
- Пациентам с ХОБЛ с учетом того, что Пропанорм имеет свойства β -АБ

ПРОПАФЕНОН в инъекционном растворе

Купирующая доза из расчета 2 мг/кг, если вес пациента, в среднем 70 кг, то ему необходимо 140 мг ПРОПАФЕНОНА

○ 1 ампула – 35 мг, $140 \text{ мг} / 35 \text{ мг} = 4$ ампулы

○ 1 упаковка 10 ампул / 4 ампулы = 2,5

➤ Итого 2 упаковка на 5 человек

«Пропafenон раствор для внутривенного введения 3,5 мг/мл, 10 мл - ампулы (10) – пачки картонные, срок годности 4 года»

✓ **ПРОПАФЕНОН - современный высокоэффективный антиаритмический препарат для купирования и профилактики фибрилляции предсердий и других нарушений сердечного ритма**

✓ **Соотношение «эффективность – безопасность» у ПРОПАФЕНОНА лучшее среди анитаритмиков**



Пропанорм (пропафенон) является единственным в России препаратом рекомендованным для самостоятельного прерывания пароксизма ФТ

ПРОПАНОРМ 150 и 300 мг - ТАБЛЕТКА В КАРМАНЕ

Прерывание пароксизма ФП в домашних условиях
(срок приступа < 48 часов):

➔ Пропанорм 600 мг однократно

➔ или для пациентов с массой тела
70 КГ Пропанорм 450 МГ однократно

При первом приеме:

- Необходимо принимать препарат под контролем врача
- возможно назначение: 300 мг + 300 мг через 1 час

Consilium Medicum. 2016; 18 (1): 45–48.



ЛС-001169 от 20.07.2010



**СООТНОШЕНИЕ «ЭФФЕКТИВНОСТЬ – БЕЗОПАСНОСТЬ»
У ПРОПАНОРМА ЛУЧШЕЕ СРЕДИ АНТИАРИТМИКОВ**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27663299>

Современное состояние проблемы Субклинических ФТ

