

Обновление 2019 года руководств Американской ассоциации сердца, Американской коллегии кардиологов, Общества сердечного ритма 2014 года по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий (разработано совместно с Обществом торакальных хирургов)

2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation

Developed in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons

© American College of Cardiology Foundation and American Heart Association



**КАК
ЛЕЧИЛИ**

Классы рекомендаций

Класс I	Имеются доказательства пользы и эффективности процедуры/лечения или они основываются на общем мнении экспертов	Рекомендовано / Показано
Класс II	Неоднозначные доказательства и/или расхождение мнений экспертов по поводу пользы и эффективности процедуры/лечения	
Класс IIa	Больше данных в пользу эффективности	Должно быть рассмотрено
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны	Может быть рассмотрено
Класс III	Имеются данные и/или общее мнение экспертов о том, что лечение бесполезно/неэффективно и в некоторых случаях может быть вредным	Не рекомендовано

Степень убедительности доказательств

A	Доказательства высокого качества, полученные более чем в 1 РКИ; мета-анализ качественных РКИ; 1 или более РКИ, подтверждённым качественным регистром
B-R	(РАНДОМИЗИРОВАННОЕ) 1 или более РКИ с доказательствами умеренной силы или мета-анализ РКИ с доказательствами умеренной силы
B-NR	(НЕРАНДОМИЗИРОВАННОЕ) 1 или более хорошо организованное нерандомизированное исследование или регистр; мета-анализ таких исследований
C-LD	РКИ или нерандомизированное наблюдательное исследование или регистр с ограниченным дизайном; мета-анализ таких исследований;
C-LD	Объединённое мнение экспертов, основанное на клиническом опыте

Список сокращений

ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор

КлКр – клиренс креатинина

МНО – международное нормализованное отношение

НМГ – низкомолекулярный гепарин

НОАК – не-витамин-К-оральный антикоагулянт

НФГ – нефракционированный гепарин

ОКС – острый коронарный синдром

ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка

ФП – фибрилляция предсердий

ХБП – хроническая болезнь почек

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЧПЭхо-КГ – чреспищеводная эхокардиография

ЧСС – частота сердечных сокращений

Рекомендации по выбору антикоагулянтного режима.

Баланс риска и пользы

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	A	Пациентам с ФП и повышенным CHA ₂ DS ₂ -VASc (2 и выше у мужчин, 3 и выше у женщин) рекомендован оральные антикоагулянт, например: Варфарин (A) Дабигатран (B) Ривароксабан (B) Апиксабан (B) Эдоксабан (B-R)
	B	
	B	
	B	
	B-R	
I	A	НОАК (дабигатран, ривароксабан, апиксабан и эдоксабан) предпочтительны перед варфарином у пациентов, которым при ФП возможно назначение НОАК (исключая пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца)

Рекомендации по выбору антикоагулянтного режима.

Баланс риска и пользы

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	A	Среди пациентов, получающих варфарин, МНО должно быть определено как минимум 1 раз в неделю во время начального периода лечения и как минимум 1 раз в месяц в последующем, если оно остаётся стабильным
I	B	Пациентам с ФП (кроме пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца) рекомендована оценка шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc для оценки риска инсульта
I	B	Пациентам с механическим клапаном сердца рекомендован варфарин
I	B	Выбор антикоагулянтной терапии должен основываться на риске тромбоемболизма, независимо от типа ФП — пароксизмальной, персистирующей, постоянной

Рекомендации по выбору антикоагулянтного режима.

Баланс риска и пользы

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	B-NR	Функция почек и печени должны быть оценены до начала лечения НОАК, и должны оцениваться повторно как минимум ежегодно
I	C	Пациентам с ФП использование антикоагулянтов должно быть индивидуализировано, и решение должно приниматься после обсуждения абсолютного риска и относительного риска инсульта и кровотечения, с учётом предпочтений пациента
I	C	Пациентам с трепетанием предсердий использование антикоагулянтной терапии рекомендовано также, как и пациентам с ФП
I	C	Рекомендована периодическая повторная оценка рисков инсульта и кровотечения для необходимости антикоагулянтной терапии и выбора препарата

Рекомендации по выбору антикоагулянтного режима.

Баланс риска и пользы

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	C-EO	Пациентам с ФП (исключая пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца), которым невозможно поддерживать терапевтический уровень МНО при использовании варфарина, рекомендован НОАК
IIa	B	Пациентам с ФП (исключая пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца) и значением шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 0 у мужчин и 1 у женщин резонно отказаться от использования антикоагулянта
IIb	B-NR	Пациентам с ФП и повышенным CHA ₂ DS ₂ -VASc (2 и выше у мужчин, 3 и выше у женщин), имеющим последнюю стадию ХБП (КлКр <15 мл/мин) или диализ, в качестве оральноего антикоагулянта может быть резонным использовать варфарин (МНО от 2 до 3) или апиксабан

Рекомендации по выбору антикоагулянтного режима.

Баланс риска и пользы

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIb	B-R	Пациентам с ФП (исключая пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца) и умеренной/тяжёлой ХБП (креатинин выворотки ≥ 133 мкмоль/л или $\geq 1,5$ мг/дл [апиксабан], КлКр 15-30 мл/мин [дабигатран], КлКр ≤ 50 мл/мин [ривароксабан] или КлКр 15-50 мл/мин [эдоксабан]) с повышенным значением шкалы CHADS ₂ -VASc может быть рассмотрено использование сниженных доз прямого ингибитора тромбина или ингибитора Ха-фактора
IIb	C-LD	Пациентам с ФП (исключая пациентов с умеренным/серьёзным митральным стенозом или механическим клапаном сердца) и значением шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 1 у мужчин и 2 у женщин может быть рассмотрено использование орального антикоагулянта для уменьшения риска тромбоэмболического инсульта
III (нет пользы)	C-EO	Пациентам с ФП и последней стадией ХБП или с диализом, использование прямого ингибитора тромбина дабигатрана или ингибитора Ха-фактора ривароксабана или эдоксабана не рекомендовано из-за недостатка доказательств о преимуществах пользы над риском, полученных в клинических исследованиях
III (вред)	B-R	Прямой ингибитор тромбина дабигатран не должен использоваться у пациентов с ФП и механическим клапаном сердца

Прерывание приёма антикоагулянта и терапия «моста»

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	C	Терапия «моста» с использованием НМГ или НФГ рекомендована пациентам с ФП и механическим клапаном сердца, которые подвергаются процедуре, требующей прекращения приёма варфарина. Решение об использовании терапии «моста» должно быть основано на основании баланса риска инсульта и кровотечения
I	B-R	Пациентам с ФП без механического клапана сердца, которым требуется прекращение приёма варфарина перед процедурами, решение о необходимости терапии «моста» (НФГ или НМГ) должно быть принято на основании баланса риска инсульта и кровотечений и длительности периода времени, на которое пациент может остаться без антикоагулянта
I	B-NR	Идаруцизумаб рекомендован для нейтрализации действия дабигатрана в случае развития жизнеугрожающего кровотечения или urgentных процедур
IIa	B-NR	Андексанет-альфа может быть использован для нейтрализации действия ривароксана и апиксбана в случае жизнеугрожающего или неконтролируемого кровотечения

Нефармакологическая профилактика инсульта. Чрескожные подходы для окклюзии ушка левого предсердия

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIb	B-NR	Чрескожная окклюзия ушка левого предсердия может быть рассмотрена у пациентов с ФП и повышенным риском инсульта, имеющих противопоказания к длительной терапии антикоагулянтами

Нефармакологическая профилактика инсульта. Хирургические подходы – окклюзия/изоляция ушка левого предсердия

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIb	B-NR	Хирургическая окклюзия ушка левого предсердия может быть рассмотрена, как компонент общего подхода сердечной команды у пациентов с ФП, подвергающихся кардиохирургической операции

Контроль ритма. Электрическая и фармакологическая кардиоверсия. Профилактика тромбоемболий.

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	B-R	Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью 48 часов или дольше, или когда длительность ФП неизвестна, рекомендована антикоагуляция с варфарином (МНО от 2 до 3), ингибитором Ха-фактора или прямым ингибитором тромбина как минимум на 3 недели до и как минимум 4 недели после кардиоверсии, независимо от значения шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc и метода восстановления синусового ритма
I	C	Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью 48 часов или дольше, или когда длительность ФП неизвестна, которым требуется немедленная кардиоверсия из-за гемодинамической нестабильности, антикоагуляция должна быть начата так быстро, как только возможно, и должна продолжаться как минимум 4 недели после кардиоверсии, если нет противопоказаний
I	C-EO	После кардиоверсии, выполненной по поводу ФП любой длительности, решение о пролонгированном использовании антикоагулянта должно основываться на профиле тромбоемболического риска и профиле риска кровотечений

Контроль ритма. Электрическая и фармакологическая кардиоверсия. Профилактика тромбоемболий.

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIa	B-NR	У пациентов с ФП или трепетанием предсердий длительностью менее 48 часов со значением шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 2 и более у мужчин и 3 и более у женщин рационально так быстро, как только возможно начать антикоагулянтную терапию гепарином, ингибитором Ха-фактора или прямым ингибитором тромбина до кардиоверсии с последующей продлённой антикоагулянтной терапией
IIa	B	Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью 48 часов или дольше, или когда длительность ФП неизвестна, которые не принимали антикоагулянт предшествующие 3 недели, рационально выполнить ЧПЭхо-КГ до кардиоверсии, и выполнить кардиоверсию, если не выявлены тромбы в левом предсердии, включая ушко левого предсердия, с учётом, что антикоагуляция достигнута до ЧПЭхо-КГ и выполнения кардиоверсии, и должна продолжаться как минимум 4 недели после
IIb	B-NR	У пациентов с ФП или трепетанием предсердий длительностью менее 48 часов со значением шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 0 у мужчин и 1 у женщин может быть рассмотрено использование гепарина, ингибитора Ха-фактора или прямого ингибитора тромбина до кардиоверсии в противовес отсутствию антикоагуляции, и без необходимости в оральных антикоагулянтах после кардиоверсии

Катетерная абляция при фибрилляции предсердий

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIb	B-R	Выполнение катетерной абляции может быть рациональным у отдельных пациентов с симптомной ФП и хронической сердечной недостаточностью без сниженной ФВЛЖ для возможного снижения смертности и снижения частоты госпитализации от ХСН

Специфические группы пациентов с ФП. Острый коронарный синдром

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	B-R	Пациентам с ОКС и ФП и повышенным риском системных тромбоемболий (основанном на значении шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 2 и более) рекомендован антикоагулянт, если риск кровотечения не превышает пользу
I	C	При вновь возникшей ФП в случае ОКС у пациентов со скомпрометированной гемодинамикой, продолжающейся ишемией или неадекватным контролем ритма рекомендована экстренная электрическая кардиоверсия
I	C	Пациентам с ФП и ОКС, у которых нет признаков сердечной недостаточности, гемодинамической нестабильности или бронхоспазма, для уменьшения частоты ритма желудочков рекомендовано использование бета-блокатора внутривенно
IIa	B-NR	Если пациенту с ФП и ОКС и повышенным риском системных тромбоемболий (основанном на значении шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 2 и более) назначается тройная терапия (оральный антикоагулянт, аспирин и ингибитор рецептора P2Y ₁₂), который был подвергнут ЧКВ со стентированием, клопидогрел резонно предпочесть прасугрелу

Специфические группы пациентов с ФП.

Острый коронарный синдром

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
IIa	B	У пациентов с ФП и ОКС и повышенным риском системных тромбоэмболий (основанном на значении шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 2 и более), подвергнутых ЧКВ со стентированием, двойная терапия ингибитором рецептора P2Y ₁₂ (клопидогрел) и дабигатраном 150 мг 2 раза в день рациональна для уменьшения риска кровотечений в сравнении с тройной терапией
IIb	B-R	Если пациентам с ФП и ОКС и повышенным риском системных тромбоэмболий (основанном на значении шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc 2 и более), подвергнутым ЧКВ со стентированием («покрытый» или голометаллический стент) назначается тройная терапия (оральный антикоагулянт, аспирин и ингибитор рецептора P2Y ₁₂), может быть рассмотрен переход на двойную терапию (оральный антикоагулянт и ингибитор рецептора P2Y ₁₂) через 4-6 недель
IIb	C	Может быть рассмотрено использование амиодарона или дигоксина для уменьшения частоты ритма желудочков у пациентов с ОКС и ФП, при наличии выраженной дисфункции левого желудочка и ХСН или гемодинамической нестабильности
IIb	C	Может быть рассмотрено использование недигидропиридинового антагониста кальция для уменьшения частоты ритма желудочков у пациентов с ОКС и ФП только при отсутствии значимой ХСН или гемодинамической нестабильности

Установка устройств при фибрилляции и трепетании предсердий

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	B-NR	У пациентов с установленными электронными устройствами (кардиостимулятор или ИКД) запись эпизодов предсердного ритма с высокой ЧСС требует последующей оценки наличия документированной клинически значимой ФП для принятия лечебных решений
IIa	B-R	Пациентам с криптогенным инсультом (то есть, инсультом с неизвестной причиной), у которых результаты наружного амбулаторного мониторинга ЭКГ неубедительны, для оптимизации выявления бессимптомной ФП, резонно рассмотреть имплантацию сердечного монитора (петлевого регистратора)

Снижение веса

Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Рекомендация
I	B-R	Пациентам с ФП и ожирением или избыточной массой тела рекомендовано снижение веса с модификацией факторов риска