

## КЛЮЧЕВЫЕ НОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### руководства 2020 ESC/EACTS по диагностике и лечению фибрилляции предсердий

| Положение  | Класс рекомендаций |
|--|--------------------|
| <b>Рекомендации по диагнозу</b>  |                    |
| Диагностическим признаком ФП является подтвержденный на стандартной ЭКГ в 12 отведениях или ЭКГ в одном отведении эпизод ФП длительностью $\geq 30$ сек  | I                  |
| <b>Рекомендации по профилактике тромбозмембральных осложнений</b>  |                    |
| Для оценки риска кровотечения, выявления и коррекции модифицируемых ФР, раннего выявления лиц с высоким риском кровотечения (HAS-BLED $\geq 3$ ) и организации более частых клинических смотров и наблюдения следует использовать шкалу HAS-BLED               | IIa                |
| Рекомендуется периодически проводить переоценку риска инсульта и кровотечений для обоснования решений о лечении (например, начало ОАК у пациентов, у которых уже нет низкого риска инсульта) и устранения потенциально изменяемых факторов риска кровотечений. | I                  |
| У лиц изначально низкого риска инсульта первую переоценку риска следует проводить через 4-6 мес.   | IIa                |
| У лиц с ФП низкого риска инсульта первую переоценку риска следует проводить через 4-6 мес.   | III                |
| Клиническая форма ФП (т.е. впервые выявленная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная) не должна обуславливать показание к тромбопрофилактике   | III                |
| <b>Рекомендации по кардиоверсии</b>  |                    |
| Фармакологическая кардиоверсия показана только гемодинамически стабильным пациентам с ФП после оценки риска ТЭО  | I                  |
| Пациентам с СССУ, АВ-блокадой или удлинением QTc ( $> 500$ мс) не следует проводить фармакологическую кардиоверсию, если не учтены риски проаритмии и брадикардии  | III                |
| <b>Рекомендации по контролю ритма/катетерной абляции</b>   |                    |
| <i>Общие рекомендации</i>  |                    |
| Для принятия решения о катетерной абляции ФП рекомендуется принять во внимание перипроцедурные риски и основные факторы риска рецидива ФП после процедуры и обсудить их с пациентом  | I                  |
| Повторные процедуры изоляции легочных вен ЛВ следует рассматривать у пациентов с рецидивом ФП при условии, что симптомы у пациента улучшились после первоначальной изоляции ЛВ   | IIa                |
| <i>Катетерная абляция ФП после неуспешного лечения ААП</i>   |                    |
| Катетерная абляция ФП должна рассматриваться для контроля ритма после неудачного лечения бета-блокаторами или их непереносимости для улучшения симптомов рецидивов ФП у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП  | IIa                |
| <i>Терапия первой линии</i>  |                    |
| Катетерная абляция ФП должна / может рассматриваться как терапия первой линии для контроля ритма с целью улучшения симптомов у отдельных симптомных пациентов:   | IIa                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• С пароксизмальной ФП</li> </ul>   | IIa                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• С персистирующей ФП без основных факторов риска рецидива ФП как альтернатива ААП класса I или III, с учетом выбора пациента, соотношения пользы и риска</li> </ul>  | IIb                |
| <i>Изменение образа жизни</i>  |                    |
| В рамках стратегии контроля ритма рекомендуется строго контролировать факторы риска и избегать триггеров аритмии   | I                  |

| <b>Рекомендации по профилактике инсульта при кардиоверсии</b>  |     |
|--|-----|
| Пациентам рекомендуется особо подчеркивать важность приверженности к лечению ПОАК как до, так и после кардиоверсии   | I   |
| При длительности ФП > 24 ч терапевтическую антикоагуляцию следует продолжать ≥ 4 недель даже после успешной кардиоверсии   | IIa |
| Пациентам с определенной продолжительностью ФП ≤ 24 ч и очень низким риском инсульта (CHA2DS2-VASc 0 у мужчин или 1 у женщин) антикоагуляцию после кардиоверсии в течение 4 недель можно не проводить  | IIb |
| <b>Рекомендации по профилактике инсульта перед катетерной аблацией</b>   |     |
| Пациентам с ФП с факторами риска инсульта, не принимавших ОАК, перед аблацией рекомендуется терапевтическая антикоагуляция в течение ≥ 3 недель до аблации   | I   |
| В качестве альтернативы ОАК – ч/п Эхо-КГ для исключения тромба ЛП  | IIa |
| У пациентов, принимавших ОАК до катетерной аблации, процедуру следует проводить без прерывания ОАК   | I   |
| <b>Рекомендации по длительному приему ААП</b>  |     |
| У пациентов с ФП, получающих соталол, рекомендуется тщательный мониторинг интервала QT, уровня калия в сыворотке крови, КК и других факторов риска проаритмии  | I   |
| Соталол можно рассматривать для длительного контроля ритма у пациентов с нормальной функцией ЛЖ или с ИБС, если обеспечивается тщательный мониторинг интервала QT, уровня калия в крови, КК и других факторов риска проаритмии   | IIb |
| <b>Рекомендации по лечению ФП и ОКС/ЧКВ/ХИБС</b>   |     |
| У пациентов с ФП с ОКС, перенесших неосложненное ЧКВ, рекомендуется раннее прекращение (≤1 недели) аспирина и продолжение ДААТ (ОАК + ингибитор P2Y12, предпочтительно клопидогрел) на срок до 12 мес., если риск тромбоза стента низкий или риск кровотечения > риска тромбоза стента | I   |
| У пациентов с ФП с ХИБС, перенесших неосложненное ЧКВ, рекомендуется раннее прекращение (≤1 недели) аспирина и продолжение ДААТ (ОАК + клопидогрел) на срок до 6 мес., если риск тромбоза стента низкий или риск кровотечения > риска тромбоза стента                                  | I   |
| <b>Рекомендации по лечению кровотечений на фоне ОАК</b>  |     |
| Концентрат протромбинового комплекса следует рассматривать для лечения тяжелых кровотечений у пациентов с ФП на фоне варфарина   | IIa |
| <b>Рекомендации по лечению ФП у беременных</b>   |     |
| У беременных с персистирующей ФП и гипертрофической кардиомиопатией следует рассмотреть проведение кардиоверсии  | IIa |
| Если бета-блокаторы неэффективны, следует рассмотреть возможность применения пропafenона или соталола для профилактики рецидивов ФП  | IIa |
| Если бета-адреноблокаторы неэффективны, следует рассмотреть возможность применения дигоксина или верапамила для контроля ЧСС   | IIa |
| <b>Рекомендации по лечению постоперационной ФП</b>   |     |
| У пациентов с ФП после не-кардиохирургических операций и имеющих высокий риск инсульта, следует рассмотреть длительную терапию ОАК   | IIa |
| Бета-блокаторы не следует применять рутинно перед не-кардиохирургической операцией для профилактики ФП   | III |

**Сокращения:** ААП – антиаритмический препарат, АВ- атриовентрикулярный, ДААТ – двойная антиагрегантная терапия, ЛВ – легочные вены, ОАК – оральные антикоагулянты, ОКС – острый коронарный синдром, ПОАК – прямые оральные антикоагулянты, СССУ – синдром слабости синусового узла, ТЭО – тромбоемболические осложнения, ФП – фибрилляция предсердий, ХИБС – хроническая ишемическая болезнь сердца, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, ЧСС – частота сердечных сокращений, ЭКГ – электрокардиограмма