

Фибрилляция предсердий у пациента с ХСН. Как контроль коморбидностей влияет на прогноз пациента?

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Автор: Фомин Игорь Владимирович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России, член правления РКО и ОССН, руководитель общественных образовательных программ в области медицины ОО «Медицинская ассоциация Нижегородской области», главный специалист по терапии ПОМЦ (г. Нижний Новгород)



Клинические данные пациента

Пациент А.
68 лет

- Рост: 175 см
- Вес: 82 кг
- ИМТ 26.8 кг/м²

Жалобы:

Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на пастозность голеней и приступы сердцебиения (отмечает в течение года). На «умных» часах зарегистрировано нарушение ритма-пароксизм ФП, длительность 21 сек.

Анамнез:

- Артериальная гипертония с 2010 г.
- Острый ИМ в марте 2020 г. Приступов стенокардии после перенесенного ИМ не отмечал
- ХСН. Эпизод острой декомпенсации СН de novo 09.2020, далее эпизод прогрессирования СН 10.2024 г.
- ХБП 3А, А0

Физикальное исследование:

- Витальные показатели: АД 130/75 мм рт. ст., ЧСС 70/мин, ЧДД 19/мин
- Креатинин 123 мкмоль/мл, КЛКр 59 мл/мин, рСКФ 52 мл/мин/1,73 м².

Терапия:

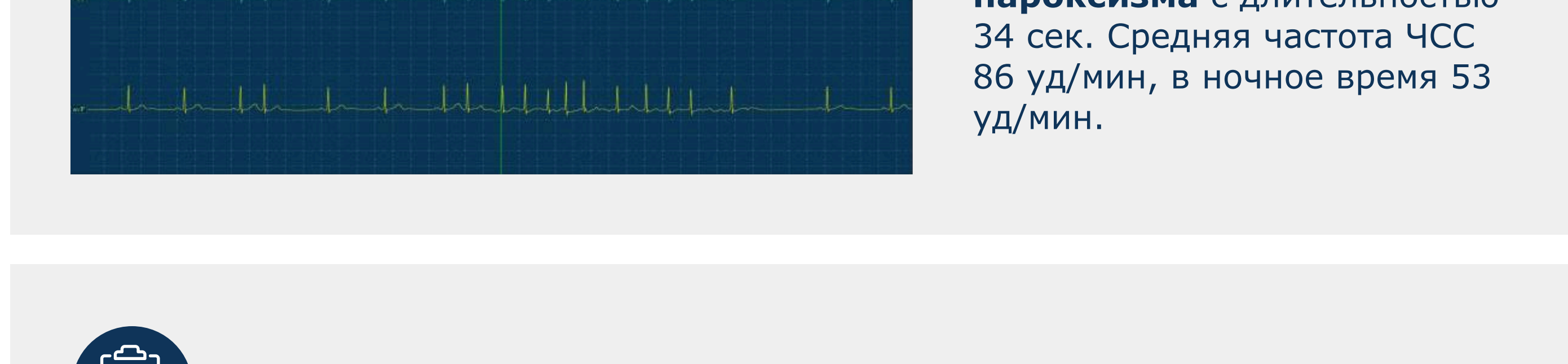
- АСК 100 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут, метопролола сукцинат 200 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут

В остальных лабораторных показателях клинически значимых изменений не выявлено

Достаточно ли регистрации пароксизма ФП на «умных» часах для постановки диагноза?

«Умные» часы могут помочь заподозрить нарушение ритма¹

Однако, согласно рекомендациям для постановки окончательного диагноза ФП рекомендуется однократная или непрерывная ЭКГ продолжительностью >30 с. или ЭКГ в 12 отведениях. При отсутствии документированных эпизодов ФП на ЭКГ рекомендуется провести суточное мониторирование по Холтеру²



ДИАГНОЗ

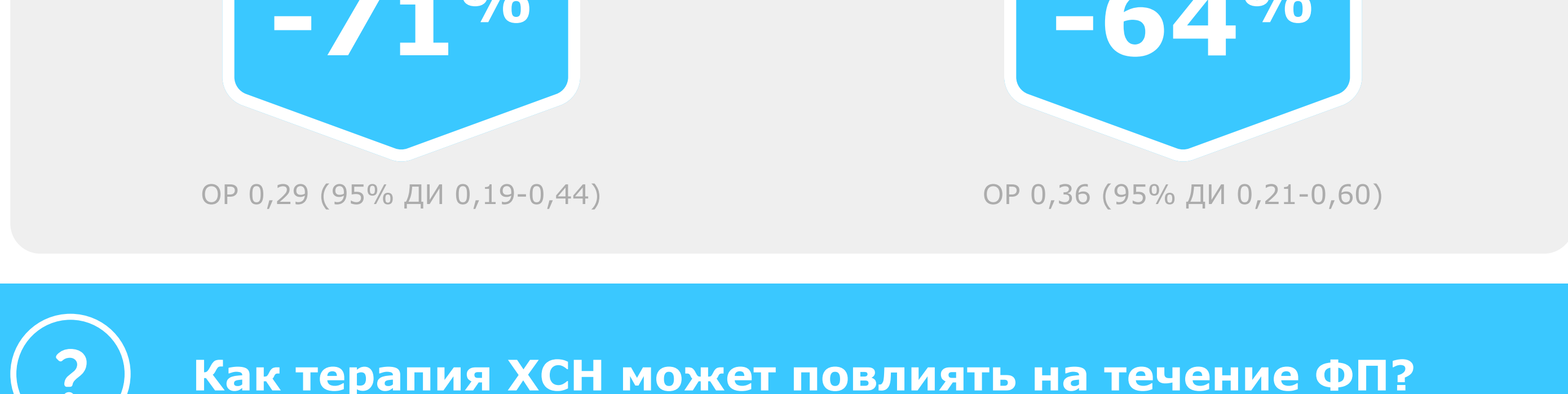
Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ 03.2020 г.). ХСН стадия 2, СнунФВ (43%), II ФК (NYHA). Пароксизмальная ФП, CHA₂DS₂-VASc 4, HAS-BLED 2. ГБ 3 стадии, целевой уровень достигнут, риск 4 (очень высокий).

Дополнительный: ХБП 3а, А0

Почему важно контролировать сопутствующие заболевания у пациентов с ФП?

Согласно рекомендациям ESC 2024 в алгоритме ведения пациентов с ФП AF-CARE, управление сопутствующими заболеваниями рекомендуется как неотъемлемая часть ухода за пациентами с ФП¹

Контроль сопутствующих заболеваний совместно с профилактикой инсульта и контролем симптомов сопровождался снижением риска смерти и жизнеугрожающих осложнений даже у сложных пациентов с ФП^{2,3}



Как терапия ХСН может повлиять на течение ФП?

Согласно рекомендациям МЗ РФ по ХСН⁴ пациентам с СнунФВ показаны следующие классы препаратов:

Классы препаратов	УУР	УДД	ЕОК класс	ЕОК уровень
Диуретики при задержке жидкости	A	1	I	C
Дапаглифлозин/Эмпаглифлозин	A	2	I	A
Ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина (АРНИ)	B	2	IIa	B
Ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов	B	3	IIb	C

СОБЛЮДЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО КОНТРОЛЮ ХСН, ВКЛЮЧАЮЩИХ:

- медикаментозную терапию⁴
- физическую активность
- диету
- регулярный контроль у врача

МОЖЕТ УЛУЧШИТЬ ПОДДЕРЖАНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ФП⁵

Синусовый ритм при Холтеровском мониторировании через 1 год от начала терапии



Как наличие ХБП может повлиять на прогноз пациента с ФП и ХСН?

1. Присоединение ФП к ХСН **повышает риск ухудшения функции почек** (снижение рСКФ >20%)⁶
2. Наличие ХБП **повышает риск кровотечений и инсульта** у пациентов с ФП⁷
3. Для пациентов с ФП, ХСН и ХБП, получающих антикоагулянтную терапию **необходим постоянный контроль** за показателями функции почек для контроля за рисками ишемических, геморрагических и неблагоприятных почечных исходов^{1,8}

Почему среди ПОАК предпочтительно выбрать Ксарелто® для профилактики инсульта у пациента с ФП, ХСН и ХБП?

НАЗНАЧИВ КСАРЕЛТО® ВМЕСТО ДРУГИХ ПОАК ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ФП, ХСН И ХБП, ВЫ МОЖЕТЕ СНИЗИТЬ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РИСКОВ^{9,14-19}

Предупредить инсульт в популяции пациентов с ФП и наиболее высоким риском ТЭО, типичных для российской практики^{9,10}

Параметр	ARISTOTLE ¹² Апиксабан	РЕКВАЗА ^{10,11} Российский регистр пациентов с ФП	ROCKET AF ⁹ Ксарелто®
Доля пациентов с ХСН	35%	97%	63%
CHADS ₂ , среднее	2,1	3,2	3,5

-21% Снижение риска инсульта/СЭ⁹
ОР 0,79 (95% ДИ 0,66–0,96) p=0,02*

Снизить риск опасных кровотечений по сравнению с варфарином⁹



Обеспечить высокую приверженность терапии благодаря однократному режиму дозирования¹³ и календарной упаковке²⁰

- **1** Однократный режим приема
- Календарная упаковка
- Возможность измельчения и приема с едой

КРОМЕ ТОГО, НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КСАРЕЛТО®:

- Зарегистрировано снижение риска коронарных осложнений^{9,14}
- Было показано замедление темпов почечной функции по сравнению с варфарином^{9,15-19}

ВЫБИРАЯ ОРИГИНАЛЬНЫЙ КСАРЕЛТО®, ВЫ МОЖЕТЕ БЫТЬ УВЕРЕНЫ,

что назначаете препарат с профилем эффективности и безопасности, доказанным у реальных пациентов

ПАЦИЕНТУ БЫЛА СКОРРЕКТИРОВАНА ТЕРАПИЯ

- Ксарелто® 20 мг/сут, сакубитрил/валсартан 400 мг
- дапаглифлозин 10 мг, метопролола сукцинат 200 мг
- эплеренон 50 мг, торасемид 20→10 мг.

а. Сложным считался пациент с ФП при наличии одного или нескольких критериев: «хрупкость», множественная коморбидность, полипрагмазия. б. В исследовании оценивали влияние алгоритма ABC согласно клиническим рекомендациям ESC 2020 (А - Антикоагуляция/ профилактика инсульта, В - Контроль симптомов, С - Контроль коморбидностей/ факторов риска ССЗ). При приверженности трем компонентам алгоритма ABC ведения пациентов с ФП Европейского общества кардиологов по сравнению с неприверженностью ни одному из компонентов алгоритма с. класс рекомендаций, уровень доказательств d. АМКР, статины, иАПФ, БРА. е. Согласно доле пациентов с высоким риском инсульта в регистрационном исследовании ROCKET-AF; ф. У широкого круга пациентов, получающих ривароксабан по различным показаниям; по сравнению с разными препаратами контроля (варфарин, энноксапарин, плацебо). г. Ксарелто® 15/20 мг не показан в качестве препарата для улучшения функции почек, профилактики и лечения ишемической болезни сердца. Компания АО «Байер» рекомендует применять Ксарелто® только в соответствии с инструкцией по медицинскому применению/ОХЛП; h. У пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (КЛКр 15-29 мл/мин), у пациентов с нарушением функции почек, получающих сопутствующие препараты, которые увеличивают концентрацию ривароксабана в плазме крови, а также у пациентов с повышенным риском кровотечений Ксарелто® следует применять с осторожностью. У пациентов с КЛКр <15 мл/мин применение Ксарелто® не рекомендуется. i. По сравнению с варфарином.

ФП — фибрилляция предсердий, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОДСН — острая декомпенсация сердечной недостаточности, СН — сердечная недостаточность, ХБП — хроническая болезнь почек, АД — артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЧДД — частота дыхательных движений, АСК — ацетилсалициловая кислота, ЭКГ — электрокардиограмма, ЧЖС — частота желудочковых сокращений, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ФВ — фракция выброса, ИМ — инфаркт миокарда, ОР — отношение рисков, ДИ — доверительный интервал, ОШ — отношение шансов, МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации, СнунФВ — сердечная недостаточность с умеренной фракцией выброса, УУР — уровень убедительности рекомендаций, УДД — уровень достоверности доказательств, ЕОК — европейское общество кардиологов, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРНИ — ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина, ББ — бета-блокаторы, АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ПОАК — прямые оральные антикоагулянты, ТЭО — тромбэмболические осложнения, рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации.

1. Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Aug 30;ehae176
2. Рубриктор клинических рекомендаций Минздрава России: Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых. 2020. Доступны по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/382_1
3. Romiti GF et al. BMC Medicine (2022) 20:326
4. Рубриктор клинических рекомендаций Минздрава России: Хроническая сердечная недостаточность. 2024. Доступны по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/156_2
5. Rienstra M, et al. Eur Heart J. 2018 Aug 21;39(32):2987-2996.
6. Diaz J, et al. ESC Heart Fail. 2022;9(6):4230-4239.
7. Olesen JB et al. N Engl J Med. 2012;367(7):625-635
8. Steffel J, et al. EP Europace, 2021; eua6707
9. Patel M.R., et al. N Engl J Med 2011; 365: 883-891.
10. Лукьянов М.М. и др. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2014
11. Марчевич С. Ю., Навасардян А. Р., Захарова Н. А., Лукьянов М. М. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(5): 48-52.
12. Granger C.B. et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992
13. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Ксарелто 15, 20 мг от 23.04.2024
14. Mak K.-H. BMJ Open. 2012; 2: e001592;
15. Kreuzt RH et al. ACC Congress 2022. Abstract 1155-017 / 17.
16. González Pérez A, Balabanova Y, Sáez ME et al. Int J Cardiol. 2022 Feb 2;S0167-5273(22)00190-5.
17. Yao X et al. J Am Coll Cardiol 2017;70:2621-2632. 4. Vaitiakhovich T, et al. Curr Med Res Opin. 2022 Jun;38(6):937-945.
18. Coleman CI et al. Clin Appl Thromb Hemost. 2019;25:1076029619868535.
19. Chashkina M, et al. European Heart Journal, Volume 41, Issue Supplement_2, 2020, ehae946.3323.
20. Арутюнов Г.П. и соавт. Резолюция совета экспертов по актуальным вопросам применения ПОАК у пациентов с ФП в реальной клинической практике. Доступно по: https://euaat.ru/education/recommendations/rezolyutsiya_soveta_ekspertov_po_aktualnym_voprosam_primeneniya_peroralnykh_antikoagulyantov_u_patsientov_s_fibrilnyatsiej_predserdij_v_realnoj_klinicheskoy_praktike (Дата доступа: 13.02.2025)