

## Совместные рекомендации европейской ассоциации кардиологов и европейской ассоциации кардио-торакальных хирургов по диагностике и лечению фибрилляции предсердий 2020 г.

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова, Н.В. Жукова

## Joint recommendations of the European Association of cardiologists and the European Association of cardiothoracic surgeons for the diagnosis and treatment of atrial fibrillation 2020

O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova, U.A. Lutay, E.U. Turna, E.A. Kostyukova, N.V. Zhukova

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь

**Ключевые слова:** Европейский кардиологический конгресс, клинические практические рекомендации, фибрилляция предсердий, оральные антикоагулянты

### Резюме

Совместные рекомендации европейской ассоциации кардиологов и европейской ассоциации кардио-торакальных хирургов по диагностике и лечению фибрилляции предсердий 2020 г.

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова, Н.В. Жукова

**Крючкова Ольга Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [kryuchkova62@yandex.ru](mailto:kryuchkova62@yandex.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Ицкова Елена Анатольевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [itskova@mail.ru](mailto:itskova@mail.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Лутай Юлия Александровна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [25u@rambler.ru](mailto:25u@rambler.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Турна Эльвира Юсуфовна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [turta-e@yandex.ru](mailto:turta-e@yandex.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Костюкова Елена Андреевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [elenakostyukova@rambler.ru](mailto:elenakostyukova@rambler.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Жукова Наталья Валерьевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Контактная информация: [natalizhukova3@rambler.ru](mailto:natalizhukova3@rambler.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Европейская ассоциация кардиологов совместно с Европейской ассоциацией кардио-торакальных хирургов представили обновленные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. В рекомендациях 2020 г. четко сформулированы требования к верификации фибрилляции предсердий, предложен подход к формированию комплексной характеристики заболевания по четырем позициям, который обозначен как 4S-AF (Stroke risk, Symptom severity, Severity of AF burden, Substrate severity).

В лечении фибрилляции предсердий Европейские рекомендации 2020 г. предусматривают ABC-подход, где А – антикоагулянтная профилактика тромбоэмболических осложнений, В – контроль симптомов заболевания и С – выявление и лечение коморбидной патологии. Подчеркнуто, что паттерн фибрилляции предсердий (впервые диагностированная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная) не должен определять показания для антикоагулянтной профилактики. Решение данного вопроса определяется уровнем риска по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc. Риск кровотечения при отсутствии абсолютных противопоказаний к терапии антикоагулянтами не должен определять решение вопроса об их использовании. Ранняя кардиоверсия проводится на фоне начала антикоагулянтной терапии. У большинства пациентов рекомендуется до проведения кардиоверсии проведение антикоагулянтной терапии не менее 3 недель. После успешной кардиоверсии у пациентов с фибрилляцией предсердий продолжительностью более 24 часов терапевтическая антикоагуляция должна продолжаться как минимум 4 недели.

Ключевые слова: Европейский кардиологический конгресс, клинические практические рекомендации, фибрилляция предсердий, оральные антикоагулянты.

### Abstract

## Joint recommendations of the European Association of cardiologists and the European Association of cardiothoracic surgeons for the diagnosis and treatment of atrial fibrillation 2020

*O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova, U.A. Lutay, E.U. Turna, E.A. Kostyukova, N.V. Zhukova*

The European Association of cardiologists together with the European Association of cardiothoracic surgeons presented updated recommendations for the diagnosis and treatment of atrial fibrillation. The 2020 recommendations clearly state the requirements for atrial fibrillation diagnosis verification, and propose an approach to the formation of a complex characteristic of the disease in four positions, which is designated as 4S-AF (Stroke risk, Symptom severity, Severity of AF burden, Substrate severity).

In the treatment of atrial fibrillation, the European recommendations 2020 provide for an ABC approach, where A – anticoagulant prevention of thromboembolic complications, B – control of symptoms of the disease, and C-detection and treatment of comorbid pathology. It is emphasized that the pattern of atrial fibrillation (first diagnosed, paroxysmal, persistent, long-term persistent, permanent) should not determine the indications for anticoagulant prevention. The solution to this issue is determined by the level of risk on the CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc scale. The risk of bleeding in the absence of absolute contraindications to anticoagulant therapy should not determine the decision on their use. Early cardioversion is performed against the background of the beginning of anticoagulant therapy. In most patients, anticoagulant therapy is recommended for at least 3 weeks before cardioversion. After successful cardioversion in patients with atrial fibrillation lasting more than 24 hours, therapeutic anticoagulation should continue for at least 4 weeks.

Key words: European Congress of cardiology, clinical guidelines, atrial fibrillation, oral anticoagulants.

В сентябре 2020 г. Европейская ассоциация кардиологов (ESC) совместно с Европейской ассоциацией кардио-торакальных хирургов (EACTS) представили на конгрессе Европейского общества кардиологов обновленные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (ФП). Появление этого международного протокола является итогом целого ряда крупных клинических исследований, прежде всего посвященных профилактике тромбоэмболических осложнений и направлениям кардио-хирургического лечения фибрилляции предсердий, и направлено на формирование мультидисциплинарной стратегии ведения пациента [1].

Европейские эксперты отмечают, что, по-прежнему, во всем мире фибрилляция предсердий остается самой распространенной устойчивой аритмией у взрослого населения. Актуальность проблемы обусловлена тем, что ФП ассоциирована с высокой заболеваемостью и смертностью и является тяжелым бременем, как для пациентов, так и для общественного здоровья и экономики здравоохранения [2].

В рекомендациях 2020 г. четко сформулированы требования к верификации фибрилляции предсердий, как эпизода нерегулярного ритма при отсутствии зубцов Р, который зарегистрирован на 12-канальной электрокардиограмме и продолжается 30

и более секунд [3]. Оппортунистический скрининг ФП по данным ЭКГ рекомендован в возрасте старше 65 лет с помощью пальпации пульса или регистрации ЭКГ. Так же оппортунистический скрининг ФП необходим у пациентов с артериальной гипертензией, синдромом обструктивного апноэ сна. У пациентов с транзиторной ишемической атакой мозга или ишемическим инсультом для выявления ФП рекомендуется проведение скрининга с помощью кратковременной ЭКГ с последующим мониторингом ЭКГ в течение как минимум 72 часов [1,4].

Предложен подход к формированию комплексной характеристики заболевания по четырем позициям, который обозначен как 4S-AF (Stroke risk, Symptom severity, Severity of AF burden, Substrate severity). Первая буква S (Stroke risk) предусматривает обязательную оценку у каждого пациента с фибрилляцией предсердий риска инсульта или других тромбоэмболических осложнений с использованием шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc. Вторая буква S (Symptom severity) подразумевает оценку тяжести симптомов аритмии с использованием шкалы EHRA. Третья буква S (Severity of AF burden) – это оценка тяжести бремени заболевания, т.е. определение типа ФП по времени (пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная) и общего бремени заболевания (общее время ФП в период мониторинга, наиболее длительный эпизод, число эпизодов и т.д.). Наконец, 4 четвертая S (Substrate severity) – это оценка тяжести субстрата заболевания, т.е. наличие и тяжесть коморбидной патологии, влияние факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также наличие и выраженность аритмогенной кардиопатии (дилатация камер сердца, фиброз миокарда, дисфункция левого желудочка) [5].

В лечении ФП Европейские рекомендации 2020 г. предусматривают ABC- подход, где А – антикоагулянтная профилактика тромбоэмболических осложнений, В – контроль симптомов заболевания и С-выявление и лечение коморбидной патологии. В контроле симптомов заболевания, по-прежнему, обсуждаются стратегии контроля ритма и контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) [6].

Перечень препаратов для фармакологической кардиоверсии, по сравнению с рекомендациями 2016 г, остался без существенных изменений. Однако отмечается, что фармакологическая кардиоверсия может рассматриваться только у гемодинамически стабильных пациентов с обязательной оценкой риска инсульта. У пациентов с синдромом слабости синусового узла, нарушениями атрио-вентрикулярной проводимости и удлинением интервала QT фармакологическая кардиоверсия не должна применяться, за исключением случаев, когда рассмотрены риски проаритмии и брадикардии. В новой версии европейских рекомендаций существенно изменились критерии отбора пациентов для ранней и для отсроченной кардиоверсии. Так, идеальными кандидатами для ранней фармакологической или электрической кардиоверсии явля-

ются пациенты с давностью ФП менее 12 часов без тромбоэмболий в анамнезе или пациенты с давностью ФП от 12 до 48 часов и риском инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 1 балл и менее для мужчин и 2 балла и менее для женщин. Пациенты с давностью ФП от 12 до 48 часов и риском инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 2 балла и более для мужчин и 3 балла и более для женщин; пациенты с давностью ФП свыше 48 часов, а также пациенты с митральным стенозом или механическим протезом клапана сердца или с тромбоэмболиями в анамнезе подлежат антикоагулянтной подготовке к плановой кардиоверсии не менее 3 недель. Исключение составляют только ситуации, когда применение чреспищеводной ЭхоКГ исключило наличие тромба в полости или ушке левого предсердия [1,7].

Исследование EAST-AFNET 4, результаты которого обсуждались на Европейском кардиологическом конгрессе 2020 г, показало, что ранняя инициация контроля ритма у пациентов с мерцательной аритмией снижает риск отрицательных сердечно-сосудистых исходов [8]. С целью контроля ритма могут быть использованы амиодарон, пропафенон, соталол, флекаинид, дронедазон, дизопирамид. Обращается внимание, что при лечении соталолом из-за возможного проаритмогенного действия необходим мониторинг интервала QT, уровня калия в крови, клиренса креатинина и других факторов, влияющих на риск аритмии [1,9].

С целью контроля ритма может быть использовано проведение радиочастотной катетерной абляции с изоляцией легочных вен (ИЛВ). Для решения вопроса о возможности данного вмешательства рекомендуется индивидуально оценить риск процедуры и факторы риска рецидива ФП. При отсутствии факторов риска рецидива ФП, катетерная абляция может рассматриваться как стратегия первой линии и альтернатива препаратам I и III класса. В случае развития рецидива ФП, повторная ИЛВ целесообразна при уменьшении симптомов после первого вмешательства. Так же подчеркивается, что частью стратегии контроля ритма является контроль факторов риска и минимизация факторов, провоцирующих ФП [10].

Лекарственные препараты, применение которых возможно для контроля ЧСС, в новой версии рекомендаций разделены на средства первой и второй линии. Так, для большинства пациентов с ФП к препаратам первой линии отнесены бета-адреноблокаторы и недигидропиридиновые антагонисты кальция, а в качестве резервного может применяться или добавляться к первой линии дигоксин. У пациентов с сердечной недостаточностью для контроля ЧСС должны использоваться бета-адреноблокаторы. Вторая линия – и/или дигоксин; и/или амиодарон. У пациентов с ФП на фоне синдромов предвозбуждения желудочков предпочтительны недигидропиридиновые антагонисты кальция, вторая линия – и/или дигоксин [1,11].

Центральный раздел Европейских рекомендаций

2020 г. посвящен проблеме профилактики тромбоэмболических событий. Подчеркнуто, что паттерн ФП (впервые диагностированная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная) не должен определять показания для антикоагулянтной профилактики. Решение данного вопроса определяется уровнем риска по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc. Более того, риск кровотечения при отсутствии абсолютных противопоказаний к терапии антикоагулянтами не должен определять решение вопроса об их использовании. Каждому пациенту необходима периодическая переоценка риска инсульта, так, у пациентов с исходно низким риском рекомендуется повторная оценка не позднее, чем через 4-6 месяцев [1,12].

Для антикоагулянтной профилактики по-прежнему могут быть использованы прямые оральные антикоагулянты или антагонист витамина К (АВК) или варфарин. При этом, АВК остается препаратом выбора у пациентов с имплантированным механическом протезе клапана сердца или при митральном стенозе средней или тяжелой степени. Применяемый ранее для этой категории пациентов термин «клапанная ФП» в протоколе 2020 г. использовать не рекомендуется. У остальных категорий пациентов предпочтение отдается прямым оральным антикоагулянтам (ривароксабан, дабигатран, апиксабан, эдоксабан). Для формальной оценки риска кровотечения по-прежнему рекомендуется применять шкалу HAS-BLED, чтобы помочь устранить модифицируемые факторы риска кровотечения и выявить пациентов с высоким риском кровотечения (HAS-BLED  $\geq$  3), требующих ранней и более частой клинической оценки, и наблюдения [13].

В Европейских рекомендациях 2020 г. изменены рекомендации по использованию антикоагулянтов перед и после кардиоверсии. Так, у пациентов с давностью ФП менее 12 часов без тромбоэмболий в анамнезе или у пациентов с давностью ФП от 12 до 48 часов и риском инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 1 балл и менее для мужчин и 2 балла и менее для женщин может проводиться ранняя кардиоверсия, но и в этом случае уже иницируется антикоагулянтная терапия. У всех остальных категорий пациентов рекомендуется до проведения кардиоверсии проведение антикоагулянтной терапии не менее 3 недель. Подчеркивается, что пациентам, которым проводится кардиоверсия, прямые оральные антикоагулянты могут быть использованы с такой же эффективностью, как АВК. После успешной кардиоверсии у пациентов с ФП продолжительностью более 24 часов терапевтическая антикоагуляция должна продолжаться как минимум 4 недели. Затем после 4 недель решение о длительной терапии оральными антикоагулянтами (ОАК) основывается на анализе факторов риска инсульта [1].

Отдельно даны рекомендации по стратегии терапии ОАК при проведении катетерной абляции. Для пациентов, имеющих факторы риска мозгового инсульта, рекомендовано использование ОАК за 3

недели до проведения катетерной абляции. Для пациентов, которые ранее получали терапию АВК или прямыми оральными антикоагулянтами катетерная абляция проводится без их отмены [1,14].

В новой версии Европейских рекомендаций изменены подходы к комбинированной антитромботической терапии у пациентов с ФП и острым коронарным синдромом (ОКС). У пациентов с ФП и ОКС, перенесших неосложненное чрескожное вмешательство (ЧКВ), рекомендуется раннее прекращение ( $\leq$  1 недели) аспирина и продолжение двойной терапии ОАК с ингибитором P2Y<sub>12</sub> (предпочтительно клопидогрел) на срок до 12 месяцев, если риск тромбоза стента низкий или если опасения по поводу риска кровотечения преобладают над опасениями по поводу риска тромбоза стента, независимо от типа, используемого стента. Тройную терапию – аспирин + клопидогрел + ОАК (при использовании дабигатрана, рекомендуется 110 мг дважды в день, а не 150 мг дважды в день, но доказательная база мала) более 1 недели после ОКС следует рассматривать, когда риск тромбоза стента превышает риск кровотечения, при этом общая продолжительность ( $\leq$  1 месяца) определяется в соответствии с оценкой вышеописанных рисков, а план лечения должен быть четко сформулирован при выписке из больницы. Такая же тактика комбинированной антитромботической терапии рекомендуется и пациентам после неосложненного ЧКВ на фоне стабильной ишемической болезни сердца [1,15,16].

### Литература

- 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European Heart Journal*, ehaa798, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa798>
- Benjamin E.J., Muntner P., Alonso A. et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139:56-528
- Steinberg J.S., O'Connell H., Li S. et al. Thirty-second gold standard definition of atrial fibrillation and its relationship with subsequent arrhythmia patterns: analysis of a large prospective device database. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2018;11:e006274.
- Jacobs M.S., Kaasenbrood F., Postma M.J. et al. Cost-effectiveness of screening for atrial fibrillation in primary care with a handheld, single-lead electrocardiogram device in the Netherlands et al. *Europace*. 2018;20:12-18.
- Potpara T.S., Lip G.Y.H., Blomstrom-Lundqvist C. et al. The 4S-AF scheme (Stroke Risk; Symptoms; Severity of Burden; Substrate): A novel approach to in-depth characterization (rather than Classification) of atrial fibrillation. *Thromb Haemost*. 2020; doi: 10.1055/s-0040-1716408.
- Lip G.Y.H. The ABC pathway: an integrated approach to improve AF management. *Nat Rev Cardiol*. 2017;14:627-628.
- Sandhu R.K., Smirnovsky M., Lockwood E. et al. Impact of electrical cardioversion on quality of life for the treatment of atrial fibrillation. *Can J Cardiol*. 2017; 33:450-455.
- Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al., on behalf of the EAST-AFNET 4 Trial Investigators. Early Rhythm-Control Therapy in Patients With Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2020; Aug 29; [Epub ahead of print].
- Singh B.N., Singh S.N., Reda D.J. Sotalol Amiodarone Atrial Fibrillation Efficacy Trial Investigators. Amiodarone versus sotalol for atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2015;352:1861-1872.
- Huang W., Su L., Wu S. Pacing treatment of atrial fibrillation patients with heart failure: His bundle pacing combined with atrioventricular node ablation. *Card Electrophysiol Clin*. 2018;10:519-535.
- Al-Khatib S.M., Allen LaPointe N.M., Chatterjee R. et al. Rate- and

- rhythm-control therapies in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2014;160:760-773.
12. Ingrassiotta Y., Crisafulli S., Pizzimenti V. Pharmacokinetics of new oral anticoagulants: implications for use in routine care. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2018;14:1057-1069.
13. Chao T.F., Lip G.Y.H., Lin Y.J. et al. Incident risk factors and major bleeding in patients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulants: a comparison of baseline, follow-up and Delta HAS-BLED scores with an approach focused on modifiable bleeding risk factors. *Thromb Haemost.* 2018;118:768-777.
14. Calkins H., Willems S., Gerstenfeld E.P. RE-CIRCUIT Investigators. Uninterrupted dabigatran versus warfarin for ablation in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2017;376:1627-1636.
15. Lip G.Y.H., Collet J.P., Haude M. et al. 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions: a joint consensus document of the European Heart Rhythm Association (EHRA), European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS), and Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA). *Europace.* 2019;21:192-19.
16. Potpara T.S., Mujovic N., Proietti M. et al. Revisiting the effects of omitting aspirin in combined antithrombotic therapies for atrial fibrillation and acute coronary syndromes or percutaneous coronary interventions: meta-analysis of pooled data from the PIONEER AF-PCI, RE-DUAL PCI, and AUGUSTUS trials. *Europace.* 2020;22:33-46.