

Рекомендації Європейського товариства кардіологів із діагностики та лікування фібриляції передсердь (2020), розроблені в співпраці з Європейською асоціацією кардіоторакальної хірургії

Складність фібриляції передсердь (ФП) як захворювання зумовлює важливість багатогранного та мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із таким станом й активного їх залучення до контролю хвороби. Протягом останніх років у діагностиці та лікуванні ФП відбувся значний прогрес, який відображено в цьому виданні рекомендацій.

Основні поняття

ФП являє собою надшлуночкову тахіаритмію з некоординованою електричною активністю передсердь та їх неефективними скороченнями. Електрокардіографічні (ЕКГ) характеристики ФП включають незакономірно нерегулярні інтервали RR (за відсутності порушень атріовентрикулярної (АВ) провідності), відсутність виражених повторюваних зубців Р і нерегулярну активацію передсердь. Діагноз ФП потребує задокументування розладів ритму за допомогою запису ЕКГ упродовж щонайменше 30 с [6].

Факторами ризику ФП є клапанні захворювання серця, серцева недостатність (СН), ішемічна хвороба серця (ІХС), судинні захворювання (субклінічний атеросклероз), артеріальна гіпертензія (АГ), у т. ч. погранична, цукровий діабет (ЦД) і предіабет, хронічна хвороба нирок, запальні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, обструктивне апное сну (ОАС), ожиріння, куріння, вживання алкоголю, низька фізична активність, проатерогенний ліпідний профіль, гострі захворювання та хірургічні втручання.

Запропоновано різні класифікації ФП, але традиційно виокремлюють 5 основних форм: уперше виявлену, пароксизмальну, персистентну, стійку персистентну та постійну. Необхідно припинити вживання таких термінів, як «самотня», тобто безпричинна ФП, клапанна/неклапанна чи хронічна ФП.

У хворих на ФП можуть бути різні симптоми [92, 108, 109, 128, 131], але в 50-87% випадків на початку захворювання спостерігається асимптоматичний перебіг [75, 82, 88, 111, 117, 120, 125, 127], який, імовірно, супроводжується менш сприятливим прогнозом [79, 82, 87, 88, 117, 119, 127, 134, 139].

Для оцінки клінічного стану хворих на ФП запропоновано схему 4S, яка включає stroke risk (ризик інсульту), symptom severity (тяжкість симптомів), severity of AF burden (тяжкість тягара ФП), substrate severity (тяжкість ураження субстрату аритмії) [151].

Діагностика ФП

Оскільки ФП часто виникає в пацієнтів із факторами кардіоваскулярного ризику та коморбідними станами, всім хворим на ФП доцільно проводити ґрунтовну оцінку стану серцево-судинної системи. Стандартна діагностична оцінка має передбачати збирання повного анамнезу захворювання, визначення типу ФП, пов'язаних із ФП симптомів, а також ризику інсульту, тромбоемболії та дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) [143]. Усім пацієнтам має бути проведено ЕКГ у 12 відведеннях для встановлення діагнозу ФП, оцінки частоти скорочення шлуночків і виявлення розладів провідності, ішемії й ознак структурних уражень серця.

Для обрання лікування необхідні також лабораторні дослідження (визначення функції щитоподібної залози й нирок, електроліти сироватки, загальний аналіз крові) та трансторакальна ехокардіографія (визначення розміру й функції ЛШ, розміру лівого передсердя, стану клапанів, розміру та систолічної функції правих відділів серця). Залежно від особливостей пацієнта може знадобитися проведення специфічних додаткових досліджень.

Оскільки симптоматика ФП варіює від повної відсутності симптомів до інвалідизувальних, а на прийняття рішень щодо контролю ритму (в т. ч. стосовно катетерної абляції) впливає тяжкість симптоматики, слід оцінювати клінічні прояви хвороби за шкалою Європейської асоціації серцевого ритму (табл. 1) [228], з'ясовуючи зв'язок симптомів, передусім неспецифічних (задишка, втомлюваність, дискомфорт у грудній клітці), з ФП, тому що вони можуть бути наслідком недиагностованих або неповноцінно лікованих хвороб або факторів ризику [229]. Стосовно деяких обраних пацієнтів рекомендовано проведення тривалого ЕКГ-моніторингу з метою визначення адекватності контролю ритму чи встановлення зв'язку симптоматики з епізодами ФП; іноді цей зв'язок можна виявити лише ретроспективно (після успішного втручання та з'ясування контролю ритму).

Таблиця 1. Шкала оцінки тяжкості симптомів ФП Європейської асоціації серцевого ритму

Оцінка	Симптоми	Опис
1	Відсутні	ФП не спричиняє жодних симптомів
2a	Незначні	Симптоми, пов'язані з ФП, не впливають на нормальну щоденну активність
2b	Помірні	Симптоми, пов'язані з ФП, не впливають на нормальну щоденну активність, але турбують пацієнта
3	Тяжкі	Симптоми, пов'язані з ФП, впливають на нормальну щоденну активність
4	Інвалідизувальні	Нормальна щоденна активність неможлива

За цією шкалою необхідно оцінити 6 основних симптомів: серцебиття, втомлюваність, запаморочення, задишка, біль у грудях і тривожність.

Ведення пацієнтів із ФП

Інтегрована схема ABC

Проста схема під назвою ABC (Atrial fibrillation Better Care – краща медична допомога при ФП) передбачає 3 основні елементи: А (Anticoagulation / Avoid stroke) – антикоагулянтна терапія / профілактика інсульту; В (Better symptom management) – кращий контроль симптомів, С (Cardiovascular and Comorbidity optimization) – оптимізація контролю серцево-судинних та інших коморбідних станів.

А: профілактика інсульту

Антагоністи вітаміну К (АВК)

Порівняно з контрольною групою чи плацебо застосування АВК (здебільшого варфарину) знижує ризик інсульту на 64%, а смертність – на 26% [412]. На сьогодні АВК – єдиний засіб лікування з доведеною безпекою в пацієнтів із ФП на тлі ревматичного ураження мітрального та/або штучного клапана. Застосування АВК обмежене вузьким терапевтичним вікном, необхідністю частого визначення міжнародного нормалізованого співвідношення та потребою в корекції дози [413]. За умови часу перебування в терапевтичному вікні (time in therapeutic range, TTR) >70% АВК є ефективними та відносно безпечними.

Нові оральні антикоагулянти (НОАК)

У 4 ключових рандомізованих клінічних дослідженнях (РКД) апіксабан, дабігатран, едоксабан і ривароксабан показали не гіршу ефективність, ніж варфарин, щодо профілактики інсульту чи системної емболії [419-422]. У метааналізі цих РКД НОАК асоціювалися з достовірним зниженням ризику інсульту / системної емболії на 19%, а геморагічного інсульту – на 51% [423]. Зниження ризику ішемічного інсульту було зіставним з АВК, але застосування НОАК супроводжувалося достовірним зниженням показників смерті від усіх причин на 10%.

Інші антитромботичні препарати

Дослідження ACTIVE W (Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for Prevention of Vascular Events) показало, що подвійна антитромбоцитарна терапія аспірином і клопидогрелом є менш ефективною, ніж варфарин, у профілактиці інсульту, системної емболії, інфаркту міокарда та судинної смерті [438].

Стратегії мінімізації ризику кровотеч

Важливими моментами в мінімізації ризику кровотеч є забезпечення TTR >70% для АВК і підбір відповідної дози НОАК (табл. 2). Слід також приділяти увагу модифікованим факторам ризику кровотеч при кожній зустрічі з хворим і якомога раніше виявляти групи високого ризику. У пацієнтів, які приймають антикоагулянти, слід уникати регулярного застосування антитромбоцитарних препаратів або нестероїдних протизапальних препаратів.

Таблиця 2. Обрання дози НОАК

Доза	Дабігатран	Ривароксабан	Апіксабан	Едоксабан
Стандартна	150 мг 2 р/день	20 мг 1 р/день	5 мг 2 р/день	60 мг 1 р/день
Нижча	110 мг 2 р/день			30 мг 1 р/день
Знижена		15 мг 1 р/день	2,5 мг 2 р/день	30 мг 1 р/день
Критерії для зниження дози	110 мг 2 р/день для пацієнтів віком ≥80 років на тлі одночасного застосування верапамілу чи підвищеного ризику кровотеч	Кліренс креатиніну 15-49 мл/хв	Щонайменше 2 з 3 критеріїв: - вік ≥80 років; - маса тіла ≤60 кг; - креатинін сироватки ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л)	За наявності будь-якого з цих критеріїв: - кліренс креатиніну 30-50 мл/хв, маса тіла ≤60 кг, одночасне застосування дронедазону, циклоспорину, еритроміцину чи нетоназолу

Отже, першим кроком прийняття рішення на етапі А є визначення пацієнтів низького ризику, котрі не потребують антитромботичної терапії; другим – призначення оральних антикоагулянтів (ОАК) особам з ≥ 1 фактором ризику, крім статі; третім – вибір ОАК між НОАК (зважаючи на відносну ефективність, безпечність і зручність застосування; ці препарати зазвичай є першим вибором для профілактики інсульту при ФП) та АВК [182, 477].

В: кращий контроль симптомів

Контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС)

Контроль ЧСС – невід’ємна складова лікування ФП, якої часто достатньо для зменшення вираженості симптоматики. Оптимальний показник ЧСС у хворих на ФП не є остаточно з’ясованим. Якщо симптоми не потребують суворішого контролю, прийнятним початковим підходом є поблагливі контроль (ЧСС – до 110 уд./хв).

Фармакологічний контроль ЧСС може бути досягнутий за допомогою β -блокаторів (ББ), дигоксину, дилтіазему, верапамілу чи комбінованої терапії. Деякі антиаритмічні препарати (ААП) – аміодарон, дронедазон, соталол – також мають здатність знижувати ЧСС, але їх слід застосовувати лише для контролю ритму. Обрання препарату для контролю ЧСС залежить від симптомів, коморбідних станів і потенційних побічних ефектів. Препаратами першої лінії часто є ББ. Недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл і дилтіазем) забезпечують задовільний контроль ЧСС і можуть зменшувати вираженість симптомів ФП порівняно з ББ [486]. У разі неможливості контролю ЧСС за допомогою комбінованої терапії в пацієнтів, які не підлягають відбору для нефармакологічного контролю ЧСС (абляція АВ-вузла, встановлення пейсмейкера), терапією порятунку може бути аміодарон.

За потреби термінового зниження ЧСС варто віддавати перевагу над дигоксином ББ і дилтіазему/верапамілу у зв’язку з їхнім швидким початком дії й ефективністю при високому симпатичному тонусі [507-511].

Контроль ритму

Під терміном «контроль ритму» слід розуміти спроби відновити та підтримати синусовий ритм; контроль ритму може стосуватися кардіоверсії, застосування ААП та катетерної абляції. Його метою є зниження вираженості симптомів і покращення якості життя.

Фармакологічна кардіоверсія являє собою елективну процедуру, показану гемодинамічно стабільним хворим. Ураховуючи високу частоту спонтанного відновлення синусового ритму впродовж перших 48 год після госпіталізації, щодо пацієнтів із нещодавнім початком ФП може бути застосована стратегія очікування та спостереження.

Обрання препарату ґрунтується на типі й тяжкості асоційованої з ФП хвороби серця. Так, флекаїнід (та інші препарати класу Ic) показаний хворим без значної гіпертрофії ЛШ, систолічної дисфункції ЛШ чи ІХС, тоді як аміодарон переважно рекомендований пацієнтам із СН. Препаратом для кардіоверсії з найшвидшою дією є вернакалант, який показаний хворим із незначною СН та ІХС; є ефективнішим за аміодарон [578-583] і флекаїнід [584]. Ібутилід ефективний для конверсії в синусовий ритм тріпотіння передсердь [585]. В обраних амбулаторних пацієнтів із рідкісними пароксизмами ФП самостійно застосовуваний пероральний прийом флекаїніду чи пропafenону є дещо менш ефективним, ніж фармакологічна кардіоверсія в стаціонарі, проте у зв’язку з більш ранньою можливістю втручання може бути методом вибору (після встановлення ефективності та безпечності застосування в умовах стаціонару) [586].

Довготривале застосування ААП для контролю ритму

Загалом терапія ААП є менш ефективною, ніж абляція, проте може застосовуватися для доповнення останньої та щодо пацієнтів, які не відповідають критеріям відбору для втручання.

Аміодарон рекомендований для довготривалого контролю ритму всім хворим на ФП, у т. ч. пацієнтам із СН зі зниженою фракцією викиду (ФВ). Однак, ураховуючи його позасерцеву токсичність, за можливості слід застосовувати як першу лінію терапії інші ААП [233, 570, 884, 942, 983, 985]. Дронедазон рекомендований для довготривалого контролю ритму в хворих на ФП із нормальною чи незначно погіршеною (але стабільною) функцією ЛШ або СН зі збереженою ФВ, ішемічними чи клапанними хворобами серця [884, 923, 925, 985]. Флекаїнід або пропafenон рекомендується застосовувати щодо хворих із нормальною функцією ЛШ і без структурних уражень серця, в т. ч. значної гіпертрофії ЛШ та ішемії міокарда [594, 884, 910, 942, 983, 984].

Отже, в пацієнтів із відсутнім або мінімальним структурним ураженням серця можуть застосовуватися дронедазон, флекаїнід, пропafenон або соталол; у пацієнтів з ІХС, СН зі збереженою ФВ, значущим ураженням клапанів – аміодарон, дронедазон або соталол; у пацієнтів із СН зі зниженою ФВ – аміодарон.

Лікування ААП не рекомендовано хворим із постійною формою ФП із контролем ЧСС і пацієнтам з істотними порушеннями провідності, якщо не встановлено водія ритму для протидії брадикардії.

С: контроль серцево-судинних та інших коморбідних станів

Кардіоваскулярні фактори ризику та коморбідні стани суттєво збільшують ризик розвитку ФП протягом життя, а виявлення й усунення цих чинників здатні зменшити тягар ФП і вираженість симптоматики.

Модифікація способу життя при ФП передбачає нормалізацію маси тіла, оскільки ожиріння прогресивно підвищує ризик розвитку ФП [366, 1001-1005],

а також ішемічного інсульту, тромбоемболій і смерті в пацієнтів із ФП [366]. Ожиріння також асоціюється з вищими показниками рецидивування ФП після абляції [638, 643, 789, 1008].

Іншим фактором ризику ФП і розвитку кровотеч у пацієнтів, які приймають антикоагулянти [395], є зловживання алкоголем [1011-1014]. У нещодавньому РКД утримання від алкоголю зменшило частоту епізодів ФП в осіб, які регулярно вживали алкогольні напої [1016].

Зв’язок між фізичною активністю та ФП є нелінійним: хворим на ФП рекомендовані фізичні навантаження помірної інтенсивності, проте слід утриматися від значних навантажень, які потребують досить великої витривалості (марафонський біг, триатлон).

Коморбідними станами, що потребують уваги та корекції при ФП, є АГ, СН, ІХС, ЦД, ОАС.

Ключові тези

1. Діагноз ФП має бути підтверджений ЕКГ у 12 відведеннях або записом в 1 відведенні тривалістю ≥ 30 с.
2. Структурований опис ФП (ризик інсульту, тяжкість симптомів, вираженість тягара ФП, субстрат ФП) допомагає покращити персоналізоване лікування хворих на ФП.
3. Інноваційні методи та технології скринінгу й виявлення ФП на кшталт мікроімплантів і пристроїв, які вдягаються на пацієнта, значно покращують діагностичні можливості для хворих групи ризику ФП, але стратегії ведення пацієнтів на основі результатів таких досліджень остаточно не визначені.
4. Інтегрований холістичний підхід до ведення хворих на ФП покращує прогноз.
5. При прийнятті рішень стосовно лікування слід урахувати цінності пацієнта.
6. Інтегрований підхід до ведення хворих на ФП має базуватися на схемі ABC.
7. Першим кроком оптимального контролю тромбоемболічного ризику в пацієнтів із ФП має бути структурована клінічна оцінка особистого тромбоемболічного ризику на основі шкали CHA₂DS₂-VASc.
8. Хворі з ФП і факторами ризику інсульту повинні підлягати лікуванню ОАК із метою профілактики інсульту. У пацієнтів, які відповідають критеріям відбору для лікування НОАК, варто віддавати перевагу цим засобам над АВК.
9. Формалізована структурована оцінка ризику кровотеч (наприклад, із застосуванням шкали HAS-BLED) допомагає виявити немодифіковані та звернути увагу на модифіковані фактори ризику в пацієнтів із ФП.
10. Підвищений ризик кровотеч не має автоматично зумовлювати відміну ОАК у пацієнтів із ФП і ризиком інсульту. Натомість необхідно звернути увагу на модифіковані фактори ризику та запланувати частіші клінічні огляди для хворих високого ризику.
11. Контроль ЧСС є інтегральною складовою ведення пацієнтів із ФП; часто його достатньо для зменшення вираженості симптоматики ФП.
12. Основним показанням до застосування методів контролю ритму (кардіоверсія, ААП та/або катетерна абляція) є необхідність зменшити вираженість пов’язаних із ФП симптомів і покращити якість життя.
13. Перед прийняттям рішення щодо початку довготривалої терапії ААП необхідно врахувати баланс тягара симптомів, імовірні побічні реакції, зокрема проаритмогенний ефект препаратів і позасерцеві побічні явища, а також уподобання пацієнта.
14. Катетерна абляція є достатньо вивченим методом для профілактики рецидивів ФП. За умов проведення добре навченими фахівцями катетерна абляція є безпечною процедурою, що має перевагу над ААП у підтримці синусового ритму та зменшенні вираженості симптомів.
15. При прийнятті рішення щодо інтервенційного лікування слід оцінити та врахувати провідні фактори ризику рецидивування ФП.
16. У хворих із ФП і нормальною ФВ ЛШ катетерна абляція не знижує загальної смертності чи частоти інсультів. У пацієнтів із ФП і кардіоміопатією, індукованою тахікардією, катетерна абляція здебільшого забезпечує зворотний розвиток дисфункції ЛШ.
17. Зниження маси тіла, суворий контроль факторів ризику й уникнення тригерів ФП є важливими стратегіями покращення прогнозу контролю ритму.
18. Виявлення та контроль факторів ризику й супутніх захворювань є інтегральною складовою лікування хворих на ФП.
19. У пацієнтів із ФП, які підлягають неускладненому черезшкірному коронарному втручанню (ЧКВ), слід розглянути раннє припинення прийому аспірину та перехід на подвійну антитромбоцитарну терапію ОАК й інгібітором P2Y₁₂.
20. Хворі з епізодами високої частоти скорочень передсердь повинні підлягати регулярному моніторингу щодо прогресування цього стану до клінічної ФП і змін в особистому тромбоемболічному ризику. У пацієнтів із такими тривалими епізодами (особливо >24 год) і високою оцінкою за CHA₂DS₂-VASc доцільно розглянути можливість застосування ОАК, якщо в процесі спільного прийняття рішень визнано їхні переваги.

Рекомендації щодо ведення хворих на ФП узагальнено в таблиці 3.

Продовження на стор. 16.

Рекомендації Європейського товариства кардіологів із діагностики та лікування фібриляції передсердь (2020), розроблені в співпраці з Європейською асоціацією кардіоторакальної хірургії

Продовження. Початок на стор. 14.

Таблиця 3. Нові рекомендації щодо ведення пацієнтів із ФП

Рекомендація	Клас	Рекомендація	Клас
Діагностика ФП			
Для встановлення діагнозу ФП необхідно задокументувати зміни на ЕКГ. Стандартне ЕКГ у 12 відведеннях або тривалий запис ЕКГ в 1 відведенні тривалістю ≥ 30 с, що демонструє серцевий ритм без видимих повторних зубців P і нерегулярні інтервали RR (за відсутності порушень АВ-провідності є діагностичним критерієм клінічної ФП)	I	Рекомендації з контролю ризику інсульту в період до та після катетерної абляції	
Структурований опис ФП		У пацієнтів із ФП і факторами ризику інсульту, котрі не приймали ОАК до абляції, рекомендовано розпочати антикоагулянтну терапію до процедури, причому бажано розпочати ОАК щонайменше за 3 тиж до абляції або альтернативно застосувати до абляції черезстраховідну ехокардіографію з метою виключення наявності тромбів у легеневій артерії	I IIa
У всіх пацієнтів із ФП доцільно проводити структурований опис ФП, який має включати клінічну оцінку ризику інсульту, статус симптомів, тягар ФП, оцінку субстрату аритмії. Метою такого опису є упорядкування оцінки хворих на різних рівнях охорони здоров'я, отримання інформації для прийняття рішень стосовно лікування та сприяння оптимальному веденню пацієнтів із ФП	IIa	Хворим, які підлягають катетерній абляції та які приймають варфарин, дабігатран, ривароксабан, апіксабан або едоксабан, рекомендовано проведення абляції без переривання лікування ОАК	I
Скринінг для виявлення		Рекомендації щодо довготривалого прийому ААП	
При проведенні скринінгу для виявлення ФП рекомендовано, щоб: 1) особи, котрі підлягають скринінгу, були поінформовані щодо важливості та впливу на лікування виявленої ФП; 2) у разі позитивного результату подальші обстеження для підтвердження діагнозу проводилися структуровано та під контролем лікаря; 3) остаточний діагноз ФП у разі позитивного результату скринінгу ставився лише після підтвердження лікарем діагнозу ФП на основі перегляду ЕКГ-запису в 1 відведенні тривалістю ≥ 30 с або ЕКГ у 12 відведеннях	I	У пацієнтів із ФП, які лікуються соталолом, рекомендовано ретельне моніторування інтервалу QT, сироваткового рівня калію, кліренсу креатиніну й інших проаритмічних факторів ризику	I
Рекомендації щодо профілактики тромбоемболічних подій при ФП		У хворих на ФП, які з метою довготривалого контролю ритму лікуються флекаїнідом, слід розглянути можливість одночасного застосування препарату, здатного блокувати АВ-вузол	IIa
Для формальної оцінки ризику виникнення кровотеч слід розглянути застосування шкали HAS-BLED із подальшим впливом на модифіковані чинники ризику кровотеч та ідентифікацією пацієнтів високого ризику, свідченням якого вважається оцінка ≥ 3 (для більш ранніх і частих клінічних оглядів)	IIa	Для довготривалого контролю ритму в пацієнтів із нормальною функцією ЛШ або ІХС за умови ретельного моніторування інтервалу QT, рівня калію сироватки, кліренсу креатиніну й інших проаритмічних факторів ризику може застосовуватися соталол	IIb
Рекомендовано періодично проводити оцінку ризику інсульту та кровотеч із метою отримання інформації для прийняття клінічних рішень і впливу на потенційно модифіковані фактори ризику кровотеч	I	Рекомендації щодо модифікації способу життя та контролю факторів ризику й супутніх хвороб при ФП	
У хворих на ФП із вихідним низьким рівнем ризику інсульту перша повторна оцінка ризику має бути проведена через 4-6 міс після первинної	IIa	Виявлення та контроль факторів ризику й супутніх хвороб рекомендовано як обов'язкова складова лікування ФП	I
Розрахований ризик кровотечі за відсутності абсолютних протипоказань до прийому ОАК не має бути основним підґрунтям для прийняття терапевтичних рішень щодо застосування ОАК для профілактики інсульту	III	Для зменшення тягара ФП і вираженості симптомів рекомендована модифікація нездорового способу життя та прицільна терапія коморбідних станів	I
Клінічна форма ФП не впливає на показання до тромбопрофілактики	III	Хворим на АГ рекомендовано проведення опортуністичного скринінгу з метою виявлення ФП	I
Рекомендації щодо кардіоверсії		Пацієнтам з ОАС рекомендовано проведення опортуністичного скринінгу з метою виявлення ФП	IIa
Фармакологічна кардіоверсія при ФП показана лише гемодинамічно стабільним пацієнтам після врахування ризику тромбоемболій	I	Рекомендації для хворих із ФП, ГКС, ЧКВ або ХКС	
У хворих із синдромом слабкості синусового вузла, порушеннями АВ-провідності чи подовженням інтервалу QTc (>500 мс) не слід проводити фармакологічну кардіоверсію, не розглянувши спершу ризику проаритмічного ефекту та брадикардії	III	Рекомендації для пацієнтів із ФП і ГКС	
Рекомендації щодо контролю ритму / катетерної абляції		Хворим із ФП і ГКС, які підлягають неускладненому ЧКВ, рекомендовано раннє припинення прийому аспірину (≤ 1 тиж) і продовження подвійної терапії ОАК та інгібітором P2Y12 (бажано клопідогрелем) до 12 міс, якщо ризик тромбозу стента є низьким або потенційний ризик кровотеч переважає над потенційним ризиком тромбозу стента незалежно від типу останнього	
Загальні рекомендації		Рекомендації для пацієнтів із ФП і ХКС, які підлягають ЧКВ	
Під час прийняття рішення щодо катетерної абляції рекомендовано врахувати ризики самої процедури та фактори ризику рецидиву ФП й обговорити їх із пацієнтом	I	Після неускладненого ЧКВ рекомендовано раннє припинення прийому аспірину (≤ 1 тиж) і продовження подвійної терапії на основі ОАК до 6 міс; клопідогрель рекомендований, якщо ризик тромбозу стента є низьким або якщо потенційний ризик кровотеч переважає над потенційним ризиком тромбозу стента незалежно від типу останнього	
У хворих із рецидивом ФП, симптоматика котрих зменшилася після первинної ІЛВ, слід розглянути можливість проведення повторної ІЛВ	IIa	Рекомендації для лікування активної кровотечі на тлі ОАК	
Катетерна абляція після невдачі лікування ААП		За умови тяжких геморагічних ускладнень у хворих на ФП, які приймають АВК, рекомендовано розглянути застосування чотирифакторних концентратів протромбінового комплексу	
Після невдачі лікування ББ або їх непереносимості в пацієнтів із пароксизмальною та стійкою ФП слід розглянути можливість застосування катетерної абляції з ІЛВ із метою зменшення вираженості симптомів	IIa	Рекомендації з ведення вагітних із ФП	
Терапія першої лінії		Невідкладна терапія	
Катетерна абляція з ІЛВ має / може бути розглянута як перша лінія терапії для контролю ритму з метою зменшення вираженості симптомів в обраних хворих із симптоматичними пароксизмальними нападами ФП або стійкою ФП без значних факторів ризику рецидиву ФП як альтернатива ААП I чи III класу з урахуванням вибору пацієнта, клінічних переваг і ризику	IIa IIb	У вагітних із гіпертрофічною кардіоміопатією при стійкій ФП слід розглянути проведення кардіоверсії	
Рекомендації для контролю ризику інсульту в перикардіоверсійний період		У стабільних пацієток зі структурно нормальними серцями для зупинки ФП може бути розглянуто внутрішньовенне введення ібутиліду чи флекаїніду	
Рекомендовано суворо наголосити хворим на важливості прихильності до лікування НОАК до та після кардіоверсії	I	Довготривале лікування (пероральні препарати)	
У пацієнтів із тривалістю ФП >24 год, які підлягають кардіоверсії, антикоагулянтну терапію варто продовжувати протягом щонайменше 4 тиж навіть після успішної кардіоверсії з досягненням синусового ритму (після 4 тиж рішення щодо тривалої терапії ОАК приймається на основі наявності факторів ризику інсульту)	IIa	Якщо ліки, що блокують АВ-проведення, неефективні, слід розглянути можливість застосування флекаїніду, пропafenону чи соталолу	
У хворих із точно відомою тривалістю ФП ≤ 24 год і дуже низьким ризиком інсульту (CHA ₂ DS ₂ -VASc на рівні 0 у чоловіків і 1 – у жінок) посткардіоверсійну антикоагулянтну терапію протягом 4 тиж можна не проводити	IIb	Якщо ББ неефективні для контролю ЧСС, слід розглянути можливість застосування дигоксину чи верапамілу	
Примітки: ІЛВ – ізоляція легеневих вен; ГКС – гострий коронарний синдром; ХКС – хронічний коронарний синдром.		Рекомендації для постопераційної ФП	
		У хворих із ризиком інсульту та післяопераційною ФП після позасерцевих хірургічних втручань слід розглянути можливість проведення довготривалої терапії ОАК з огляду на потенційні клінічні переваги й уподобання пацієнта	
		ББ не слід рутинно застосовувати для профілактики постопераційної ФП у хворих, які підлягають позасерцевим хірургічним втручанням	
		Рекомендації, що стосуються статевих відмінностей при ФП	
		Жінкам із симптоматичною пароксизмальною чи персистентною ФП за потреби слід пропонувати вчасний доступ до контролю ритму, в т. ч. катетерну абляцію	

Стаття друкується в скороченні; в матеріалі висвітлено найважливіші аспекти для терапевта та сімейного лікаря.
Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al. ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal. 2020; ehaa612.