

# Фібриляція передсердь: діагностика та лікування

Фібриляція передсердь (ФП) є однією з найпоширеніших аритмій, що суттєво знижує якість життя хворих та пов'язана з високою частотою летальних випадків. Цьогоріч Національний інститут охорони здоров'я та досконалості медичної допомоги Великої Британії (NICE) розробив рекомендації з діагностики й лікування ФП у дорослих пацієнтів. Документ покликаний допомогти у забезпеченні найкращого догляду й терапії осіб із ФП, включно з оцінкою та контролем ризику розвитку інсульту і кровотечі, залежно від індивідуальних особливостей, потреб та уподобань хворих. Пропонуємо до вашої уваги ключові положення даних рекомендацій.

## ДІАГНОСТИКА

У разі підозри на наявність ФП необхідно виконати пальпацію пульсу вручну, щоб оцінити наявність нерегулярного серцевого ритму, якщо є такі симптоми (NICE, 2006):

- задишка;
- серцебиття;
- непритомність або запаморочення;
- дискомфорт у грудях;
- інсульт або транзиторна ішемічна атака.

Якщо в осіб із підозрою на ФП з/без симптомів виявлено нерегулярний пульс, слід виконати електрокардіограму (ЕКГ) у 12 відведеннях для підтвердження діагнозу (NICE, 2021). У разі підозри на наявність пароксизмальної ФП, не виявленої за допомогою ЕКГ у 12 відведеннях, за безсимптомних епізодів або інтервалу між симптомами менш ніж 24 год, доцільним є цілодобовий амбулаторний ЕКГ-моніторинг. Якщо інтервал між симптомами становить більш як 24 год, необхідно використовувати амбулаторний ЕКГ-монітор, реєстратор подій або іншу технологію ЕКГ протягом періоду, що потрібний для виявлення ФП (NICE, 2021).

## ОЦІНКА РИЗИКУ ІНСУЛЬТУ ТА КРОВОТЕЧІ

### Ризик інсульту

Для визначення ймовірності інсульту слід застосовувати шкалу оцінки ризику інсульту та системної тромбоемболії в пацієнтів із ФП (CHA2DS2-VASc) за наявності будь-якої з наведених причин: симптоматична чи безсимптомна пароксизмальна, персистентна або стійка ФП; тріпотіння передсердь; стійкий ризик рецидиву аритмії після кардіоверсії для відновлення синусового ритму або катетерної абляції (NICE, 2021).

### Ризик кровотечі

Потрібно визначити ймовірність виникнення кровотечі при розгляді можливості початкового призначення антикоагулянтів у пацієнтів із ФП та обстеженні хворих, які вже їх приймають. Для оцінки ризику кровотечі доцільно використовувати шкалу ORBIT, оскільки вона має вищу точність прогнозування абсолютного ризику кровотечі, ніж інші інструменти.

Точне визначення ймовірності кровотечі необхідне для спільного прийняття терапевтичних рішень, збільшення довіри пацієнтів і готовності приймати призначені ліки за низького ризику, а також для спонукання обговорення потреби у зниженні ризику, коли він високий.

Хоча ORBIT є найкращим методом, можливо, доведеться використовувати інші інструменти для оцінки ймовірності кровотечі, поки він не буде впроваджений у клінічну практику та електронні системи охорони здоров'я (NICE, 2021).

У хворих на ФП слід провести моніторинг та запропонувати їм підтримку для зміни факторів ризику кровотечі, як-то (NICE, 2021):

1. Неконтрольована артеріальна гіпертензія.
2. Поганий контроль міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) у пацієнтів, які приймають антагоністи вітаміну К (АВК).
3. Супутнє лікування, включно з антиагрегантами, селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та нестероїдними протизапальними препаратами.

4. Зловживання алкоголем.
5. Зворотні причини анемії.

Із пацієнтами необхідно обговорити результати оцінки ризику інсульту та кровотечі, беручи до уваги їхні індивідуальні характеристики, наприклад коморбідні захворювання та уподобання (NICE, 2021).

### ОЦІНКА ФУНКЦІЇ СЕРЦЯ

В осіб із ФП, для яких дані вихідної ехокардіографії (ЕхоКГ) важливі для довгострокового лікування, необхідно виконати трансторакальну ЕхоКГ. Окрім того, ця процедура потрібна для пацієнтів, у котрих розглядається доцільність застосування стратегії контролю ритму, що включає кардіоверсію (електричну або фармакологічну). На додаток, трансторакальну ЕхоКГ слід проводити у хворих на ФП із високим ризиком або підозрою на наявність основного структурного або функціонального захворювання серця, як-то серцева недостатність (СН) або серцевий шум, що впливає на їхнє подальше лікування (наприклад, вибір антиаритмічного препарату). Також трансторакальна ЕхоКГ потрібна з метою уточнення стратифікації ризику для призначення антитромботичної терапії (NICE, 2014).

Не слід виконувати трансторакальну ЕхоКГ у плановому порядку виключно з метою подальшої стратифікації ризику інсульту в осіб із ФП, для яких необхідність початку антикоагулянтної терапії вже узгоджено за відповідними клінічними критеріями (NICE, 2014).

Трансезофагеальну ЕхоКГ необхідно проводити у хворих на ФП, якщо (NICE, 2006):

- на трансторакальній ЕхоКГ виявлені аномалії (наприклад, клапанна хвороба серця), що потребують додаткового обстеження;
- проведення трансторакальної ЕхоКГ є технічно складним та/або має сумнівну якість, а також за потреби у виключенні аномалій серця;
- розглядається доцільність кардіоверсії під контролем трансезофагеальної ЕхоКГ.

### ПРОФІЛАКТИКА ІНСУЛЬТУ

#### Антикоагулянтна терапія

При обговоренні переваг та ризиків антикоагулянтної терапії доцільно брати до уваги профіль ризику та особисті уподобання хворого. Зокрема, пацієнтові слід повідомити, що у більшості випадків користь від застосування антикоагулянтів перевищує ризик кровотечі. Для осіб із підвищеним ризиком кровотечі переваги антикоагулянтної терапії не завжди є більшими за ймовірність кровотечі. Тому в таких хворих важливе проведення ретельного клініко-лабораторного моніторингу (NICE, 2021).

При виборі чи оптимізації антикоагулянтної терапії необхідно обговорити з пацієнтом переваги й ризики, пов'язані з використанням різних ліків, та прийняти спільне рішення щодо лікування.

Варто враховувати будь-які протипоказання для кожного препарату й дотримуватися положень Британського національного формуляру (BNF) та рекомендацій Агентства з контролю обігу ліків та медичних товарів Великої Британії (MHRA) щодо пероральних антикоагулянтів прямої дії, зокрема дозування в осіб із ФП та нирковою недостатністю, засобів зворотної дії та фармакологічного моніторингу (*NICE, 2021*).

Пероральні антикоагулянти прямої дії рекомендовані пацієнтам із ФП, що мають показник  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$ , враховуючи ризик кровотечі. Апіксабан, дабігатран, едоксабан та ривароксабан є потенційними стратегіями антикоагулянтної терапії відповідно до критеріїв *NICE* (2021). Слід розглянути можливість призначення пероральних антикоагулянтів прямої дії для чоловіків із ФП та балом 1 за  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$  з огляду на ймовірність кровотечі. Апіксабан, дабігатран, едоксабан та ривароксабан є препаратами вибору (*NICE, 2021*).

Якщо пероральні антикоагулянти прямої дії протипоказані, погано переносяться або не підходять для хворих на ФП, рекомендовані АВК (*NICE, 2021*). Дорослим із ФП у стабільному стані, які вже приймають АВК, варто продовжувати їх приймати. Також слід обговорити із хворим можливість зміни лікування за потреби, беручи до уваги час перебування значень МНВ у терапевтичному діапазоні (TTR) (*NICE, 2021*).

Антикоагулянтна терапія для профілактики інсульту не рекомендована особам віком до 65 років із ФП та без інших факторів ризику, крім статі (дуже низький ризик інсульту при оцінці за  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$  0 для чоловіків і 1 для жінок) (*NICE, 2021*). Не слід відмовляти пацієнтам у призначенні антикоагулянтів виключно через вік або індивідуальний ризик падінь (*NICE, 2021*).

### Контроль антикоагулянтної терапії з використанням АВК

Необхідно розраховувати TTR пацієнта при кожному візиті до лікаря. При обчисленні TTR слід (*NICE, 2014*):

- використовувати перевірений спосіб вимірювання, як-то метод Розендаля;
- виключити вимірювання, здійснені протягом перших шести тижнів лікування;
- розрахувати TTR упродовж періоду підтримання дози на постійному рівні щонайменше шість місяців.

У хворих на ФП доцільно повторно оцінити ефективність та безпеку антикоагулянтної терапії у разі недостатньо контрольованих показників гемостазу за наявності будь-якої з наведених ознак: два значення МНВ  $<5$  або одне  $>8$  за останні шість місяців; два значення МНВ  $<1,5$  за останні шість місяців; TTR  $<65\%$  (*NICE, 2014*). При повторному оцінюванні ефективності та безпеки антикоагуляції слід звернути увагу на такі чинники, що можуть призводити до погіршення контролю антикоагулянтного ефекту, як когнітивні функції пацієнта, дотримання призначеної терапії, супутні захворювання, медикаментозні взаємодії, фактори способу життя, зокрема режим харчування та вживання алкоголю (*NICE, 2014*). Якщо контроль антикоагулянтної терапії неможливо покращити, варто оцінити переваги та ризики альтернативних стратегій профілактики інсульту та обговорити це із хворим (*NICE, 2014*).

### Оцінка стану пацієнтів із ФП

У хворих, які не приймають антикоагулянти, слід переглянути ризик інсульту при досягненні 65 років або незалежно від віку за наявності щонайменше одного захворювання, як-то (*NICE, 2014*):

- цукровий діабет;
- СН;
- захворювання периферичних артерій;
- ішемічна хвороба серця;
- інсульт, транзиторна ішемічна атака або системна тромбоемболія.

У пацієнтів, які не отримують антикоагулянтну терапію через імовірність кровотечі чи інші фактори, слід щорічно переглядати ризик інсульту та кровотечі з документуванням даних (NICE, 2014).

В осіб, які приймають антикоагулянти, варто щонайменше раз на рік переглядати потребу в застосуванні такого лікування та ефект препаратів (беручи до уваги рекомендації МНРА щодо впливу пероральних антикоагулянтів прямої дії, ризик кровотечі та необхідність моніторингу функції нирок у пацієнтів із нирковою недостатністю) або частіше, якщо виникають клінічно значущі події, що впливають на систему гемостазу чи ризик кровотечі (NICE, 2014).

### **Оклюдія вушка лівого передсердя**

Якщо антикоагулянтна терапія протипоказана або погано переноситься, слід розглянути можливість оклюзії вушка лівого передсердя, обговоривши з пацієнтом пов'язані з нею переваги та ризики. Не варто рекомендувати хворому цю процедуру як альтернативу антикоагуляції, якщо остання не протипоказана чи добре переноситься (NICE, 2014).

## **КОНТРОЛЬ ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ І РИТМУ**

### **Контроль частоти серцевих скорочень**

Контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) рекомендований як стратегія першого вибору при лікуванні ФП, за винятком осіб, в яких (NICE, 2014):

- ФП має зворотні причини розвитку;
- вважається, що СН насамперед викликана появою ФП;
- вперше зафіксовано ФП;
- виявлено тріпотіння передсердь із можливістю застосування абляції з метою відновлення синусового ритму;
- стратегія контролю ритму є доцільнішою на основі клінічної оцінки.

Особам із ФП в межах початкової монотерапії для контролю ЧСС слід призначити стандартний  $\beta$ -блокатор (не соталол) або блокатор кальцієвих каналів (БКК), що впливає на швидкість проведення імпульсів (дилтіазем чи верапаміл), за відсутності протипоказань. Слід вибирати препарат на основі клінічної симптоматики, ЧСС, коморбідних захворювань та уподобань хворого (NICE, 2021). При веденні пацієнтів із ФП та супутньою СН варто дотримуватися рекомендацій щодо застосування  $\beta$ -блокаторів та уникати призначення БКК відповідно до настанов NICE щодо хронічної СН (NICE, 2021).

Монотерапію дигоксином для початкового контролю ЧСС доцільно розглядати в осіб із непароксизмальною ФП, якщо пацієнт має незначні фізичні навантаження чи не виконує жодних, або ж застосування інших ліків для обмеження швидкості проведення імпульсів є неможливим через супутні захворювання чи уподобання хворого (NICE, 2021). Якщо на монотерапії не вдається контролювати симптоми або вважається, що тривалі клінічні прояви викликані поганим контролем шлуночкового ритму, слід розглянути використання комбінованого лікування будь-якими двома препаратами з таких, як  $\beta$ -блокатор, дилтіазем, дигоксин (NICE, 2021). Амiodарон для тривалого контролю ЧСС не рекомендований (NICE, 2021).

### **Контроль ритму**

Необхідно розглянути можливість фармакологічного та/або електричного контролю ритму у хворих на ФП, симптоми яких зберігаються після контролю ЧСС, або у котрих стратегія контролю ЧСС не була успішною (NICE, 2014).

*Антиаритмічна фармакотерапія.* Слід оцінити необхідність медикаментозного лікування для тривалого контролю ритму, враховуючи уподобання хворого, супутні захворювання, пов'язані з терапією ризику та ймовірність рецидиву ФП (NICE, 2014).

Пацієнтам із підтвердженими ішемічними або структурними змінами серця антиаритмічні препарати класу 1с, такі як флекаїнід або пропafenон, не рекомендовані (NICE, 2014).

Якщо необхідне медикаментозне лікування для тривалого контролю ритму, слід розглянути застосування стандартного  $\beta$ -блокатора (не соталолу) як препарату першої лінії за відсутності протипоказань (NICE, 2014). У разі якщо  $\beta$ -блокатори протипоказані або неефективні, варто оцінити можливість використання альтернативних ліків для контролю ритму, беручи до уваги супутні захворювання (NICE, 2014).

Потрібно дотримуватися порад щодо призначення дронедазону як варіанта лікування другої лінії для тривалого контролю ритму після успішної кардіоверсії при нестійкій ФП (NICE, 2014). Амiodарон можна розглядати як препарат вибору для осіб із порушеннями функції лівого шлуночка або СН (NICE, 2014).

У хворих із рідкісними пароксизмами та незначними клінічними проявами, або якщо симптоми викликані відомими провокувальними факторами (такими як алкоголь, кофеїн), слід розглянути застосування стратегії немедикаментозного лікування чи «таблетка в кишені» (коли антиаритмічні препарати приймають лише за розвитку епізоду) (NICE, 2006). У разі наявності пароксизмальної ФП можливе використання стратегії «таблетка в кишені» у пацієнтів, які (NICE, 2006):

- не мають в анамнезі дисфункції лівого шлуночка, ураження клапана або ішемічної хвороби серця;
- мають в анамнезі рідкісні симптоматичні епізоди пароксизмальної ФП;
- мають систолічний артеріальний тиск  $>100$  мм рт. ст. і ЧСС у спокої  $>70$  уд./хв;
- розуміють, як і коли приймати ліки.

**Кардіоверсія.** Пацієнтам, яким було виконано кардіоверсію із приводу ФП, що триває більш ніж 48 год, рекомендовано електричну (а не фармакологічну) кардіоверсію (NICE, 2014). Слід розглянути можливість застосування терапії амiodароном за чотири тижні до електричної кардіоверсії та протягом 12 місяців після неї для підтримки синусового ритму, а також обговорити із хворим переваги й ризику використання амiodарону (NICE, 2014).

В осіб із ФП тривалістю більш як 48 год, яким показане проведення планової кардіоверсії:

1. Кардіоверсію під контролем трансезофагеальної ЕхоКГ та звичайну кардіоверсію необхідно вважати однаково ефективними.

2. Слід розглянути стратегію кардіоверсії під контролем трансезофагеальної ЕхоКГ за наявності досвідченого медичного персоналу та відповідних умов, а також якщо показаний мінімальний період передкардіоверсії антикоагулянтами через вибір пацієнта або ризик кровотечі (NICE, 2006).

### **Абляція лівого передсердя**

Якщо у пацієнтів із симптоматичною пароксизмальною або стійкою ФП медикаментозне лікування є невдалим, неприйнятним або не переноситься, потрібно розглянути доцільність виконання радіочастотної точкової абляції або кріобалонної чи лазерної балонної абляції, якщо радіочастотну точкову абляцію визнано як непридатну (NICE, 2021). При прийнятті рішення щодо абляції лівого передсердя варто обговорити із хворим переваги/ризик, враховуючи його уподобання, та пояснити, що процедура не завжди є ефективною, а усунення симптомів може бути нетривалим (NICE, 2021). В осіб із симптоматичною ФП необхідно розглянути проведення хірургічної абляції лівого передсердя одночасно з іншим кардіоторакальним втручанням (NICE, 2014).

Окрім того, може бути доцільним лікування антиаритмічними препаратами протягом трьох місяців після абляції лівого передсердя для запобігання рецидиву ФП. При цьому слід брати до уваги уподобання хворого, а також потенційні переваги й ризику (NICE, 2021). Варто повторно оцінити необхідність антиаритмічної терапії через три місяці після абляції лівого передсердя (NICE, 2021).

**Стратегії стимуляції та абляції**

Слід розглянути можливість проведення стимуляції та абляції атріовентрикулярних вузлів у пацієнтів зі стійкою ФП та симптомами або дисфункцією лівого шлуночка, яку вважають причиною зростання частоти скорочення шлуночків. При прийнятті рішення щодо стимуляції та абляції атріовентрикулярного вузла необхідно повторно оцінити симптоми та, відповідно, потребу в абляції після кардіостимуляції, а також оптимізації призначеної фармакотерапії (NICE, 2014). Можливість проведення катетерної абляції лівого передсердя перед стимуляцією та абляцією атріовентрикулярного вузла варто розглянути в осіб із пароксизмальною ФП або СН, спричиненою нестійкою (пароксизмальною чи персистентною) ФП (NICE, 2014).

**ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФП****Контроль ЧСС та ритму**

У пацієнтів із небезпечною для життя гемодинамічною нестабільністю, спричиненою черговим епізодом ФП, необхідно виконати екстрену електричну кардіоверсію, не зволікаючи з антикоагулянтною терапією. Для осіб із ФП без гемодинамічної нестабільності, що загрожує життю, рекомендовано (NICE, 2014):

- контроль ЧСС або ритму, якщо початок аритмії відбувся менш ніж 48 год тому;
- контроль ЧСС, якщо від початку епізоду минуло більш ніж 48 год, або час не визначено.

Хворих на ФП із декомпенсованою гострою СН має оглянути кваліфікований спеціаліст для призначення β-блокаторів; при цьому слід уникати застосування БКК (NICE, 2021).

Залежно від клінічних обставин доцільно розглянути можливість здійснення фармакологічної або електричної кардіоверсії у пацієнтів із ФП, тактика лікування яких буде пов'язана з контролем ритму. Якщо відповідно до клінічних ознак та ресурсних можливостей було обрано стратегію фармакологічної кардіоверсії в осіб із вперше зафіксованою ФП, слід розглянути можливість використання флекаїніду чи аміодарону для хворих без ознак структурних або ішемічних змін серця або аміодарону – для пацієнтів з ознаками структурного захворювання серця (NICE, 2014).

Для осіб із ФП і тривалістю аритмії більш ніж 48 год, або якщо цей час невідомий, в яких розглядається можливість застосування тактики довгострокового контролю ритму, кардіоверсію слід відкласти, доки не буде досягнуто TTR на антикоагулянтній терапії протягом принаймні трьох тижнів. У вказаний період рекомендований відповідний контроль ЧСС (NICE, 2014). Препарати магнію або БКК для здійснення фармакологічної кардіоверсії призначати недоцільно (NICE, 2014).

**ЗАСТОСУВАННЯ АНТИКОАГУЛЯНТІВ**

У пацієнтів із новим епізодом ФП, які не отримують антикоагулянтної терапії або яким призначено антикоагулянти в субтерапевтичних дозах (NICE, 2014):

- на початку терапії за відсутності протипоказань рекомендовано застосовувати гепарин;
- продовжувати приймання гепарину, поки не буде виконано повне обстеження хворого та розпочато відповідну антитромботичну терапію на основі стратифікації ризику.

Особам із підтвердженим діагнозом ФП (менш ніж 48 год від моменту початку) доцільно призначити пероральну антикоагулянтну терапію, якщо відновлення стабільного синусового ритму є недостатньо ефективним протягом тих самих 48 год після початку ФП. Також таке лікування є необхідним за наявності факторів, що вказують на високий ризик рецидиву ФП, як-то невдала кардіоверсія, структурні зміни серця, тривала ФП (більш як 12 місяців), попередні рецидиви тощо (NICE, 2014).

У хворих із новим епізодом ФП, в яких існує невизначеність щодо точного часу його початку, слід розглянути пероральну антикоагулянтну терапію, як, зокрема, в осіб із персистентною ФП (NICE, 2014).

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ФП

### Запобігання розвитку післяопераційної ФП

У пацієнтів, які перенесли кардіоторакальні втручання, потрібно знизити ризик післяопераційної ФП, розглянувши можливість використання аміодарону, стандартного β-блокатора (не соталолу) або БКК, що переважно обмежує швидкість проведення імпульсів (як-то дилтіазем чи верапаміл). Дигоксин для даної категорії хворих не рекомендований (NICE, 2014).

У пацієнтів, які перенесли кардіоторакальні втручання і вже отримують β-блокатори, варто продовжувати призначене лікування за відсутності розвитку проявів, які слугують протипоказаннями (наприклад післяопераційної брадикардії або гіпотензії) (NICE, 2014). Не слід розпочинати терапію статинами у хворих, які перенесли кардіоторакальні втручання, для запобігання післяопераційній ФП (NICE, 2021). Пацієнтам, які перенесли кардіоторакальні втручання і вже отримують лікування статинами, доцільно продовжувати терапію (NICE, 2021).

### Ведення пацієнтів із післяопераційною ФП

Для початкового лікування осіб із післяопераційною ФП після кардіоторакальних втручань потрібно розглянути стратегію контролю ритму або ЧСС (NICE, 2021). Якщо обрано стратегію контролю ритму, необхідно повторно оцінити необхідність призначення антиаритмічних препаратів у відповідні терміни (зазвичай через шість тижнів) (NICE, 2021). Ведення пацієнтів із післяопераційною ФП на тлі втручань, які не пов'язані з кардіоторакальним доступом, не відрізняється від такого при ФП з будь-яких інших причин (NICE, 2014). Для профілактики та лікування післяопераційної ФП слід використовувати відповідну антитромботичну терапію із корегуванням відомих причин розвитку цього стану (як-то електролітний дисбаланс або гіпоксія) (NICE, 2014).

## ПРИПИНЕННЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ

В осіб із діагностованою ФП не слід відмінити застосування антикоагулянтів лише на основі досягнення нормалізації серцевого ритму та відсутності клінічних проявів ФП (NICE, 2021). Рішення щодо припинення антикоагулянтного лікування має базуватися на результатах повторної оцінки ризиків виникнення інсульту та кровотечі за допомогою шкал CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc та ORBIT, а також враховуючи вибір пацієнта (NICE, 2021).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)