

Ведення пацієнтів із фібриляцією передсердь: огляд оновлених положень

Фібриляція передсердь – це порушення серцевого ритму, для якого характерне дуже швидке та нерегулярне скорочення міокарда. Під час нападу частішає пульс, виникають паузи між ударами серця, задишка та інші симптоми. ФП має прогресувальний перебіг, тож без своєчасного лікування його симптоми можуть посилюватися, а напади – частішати, поки аритмія не перейде в постійну форму. Американський коледж кардіологів (ACC), Американська асоціація серця (AHA), Американський коледж торакальних лікарів (ACCP) і Товариство серцевого ритму (HRS) торік оновили настанови щодо ведення пацієнтів із ФП. Пропонуємо до вашої уваги огляд ключових змін цих рекомендацій, опублікованих у статті B.S. Wiggins et al. «2023 Atrial Fibrillation Guideline-at-a-Glance» (Journal of the American College of Cardiology, 2024; 83 (1): 280-284).

КЛЮЧОВІ ОНОВЛЕННЯ ПОЛОЖЕНЬ НАСТАНОВ

Мультидисциплінарний підхід до лікування ФП

Важливим оновленням настанови ACC/AHA/ACCP/HRS (2023) є нова система класифікації ФП (рисунок). У попередній версії, яка переважно ґрунтувалася на тривалості аритмії, акцент був на необхідності застосування конкретних терапевтичних стратегій. Нова класифікація з використанням стадій патології передбачає, що ФП являє собою континуум хвороби та потребує впровадження мультидисциплінарного підходу до лікування таких пацієнтів на різних стадіях, зокрема з модифікацією способу життя й чинників ризику, скринінгом, профілактикою й терапією для запобігання прогресуванню ФП. Нова система класифікації ФП відповідає континууму захворювання, описаному в інших рекомендаціях (Virani et al., 2023; Heidenreich et al., 2022).

Модифікація та профілактика чинників ризику ФП

Як зазначено в настанові ACC/AHA/ACCP/HRS (2023), корекція способу життя та чинників ризику являє собою основу терапії ФП для запобігання її розвитку, прогресуванню та несприятливим наслідкам. Зокрема, наголошено на необхідності контролю чинників ризику впродовж усього континууму захворювання та запропоновано більш чіткі рекомендації щодо припинення куріння, помірного вживання алкоголю, зниження ваги й належного рівня фізичної активності, а також лікування ожиріння, артеріальної гіпертензії та інших супутніх захворювань.

Оцінювання ризику інсульту й системної емболії за шкалою CHA₂DS₂-VASc

В оновленому варіанті настанови підтримане подальше використання шкали для оцінювання ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів із фібриляцією / тріпотінням передсердь (CHA₂DS₂-VASc). Рекомендації щодо антикоагулянтної терапії базуються на визначенні показника щорічного ризику тромбоемболічних подій відповідно до шкали.

Проте під час ведення пацієнтів із помірним ризиком за CHA₂DS₂-VASc можливо застосувати й інші валідовані інструменти для оцінювання чинників ризику, поліпшення прогнозу, полегшення спільного прийняття рішень тощо.

Модифікатори ризику інсульту

В осіб із ФП та помірним або низьким (<2%) річним ризиком ішемічного інсульту корисним може виявитися розгляд чинників, що мають вплив на ймовірність розвитку інсульту (ACC/ANA/ACCP/HRS, 2023). Вони охоплюють характеристики ФП (як-от тягар захворювання), немодифіковані чинники ризику (як-от стать) та інші динамічні або модифіковані складові (приміром, контроль артеріального тиску), які рекомендовано брати до уваги під час обговорення клінічних рішень.

Ранній контроль серцевого ритму

З отриманням нових послідовних доказових даних в оновленій настанові ACC/ANA/ACCP/HRS (2023) зроблено акцент на важливості раннього та тривалого лікування пацієнтів із ФП. Така стратегія терапії насамперед має бути сфокусована на підтриманні синусового ритму та мінімізації тягара ФП.

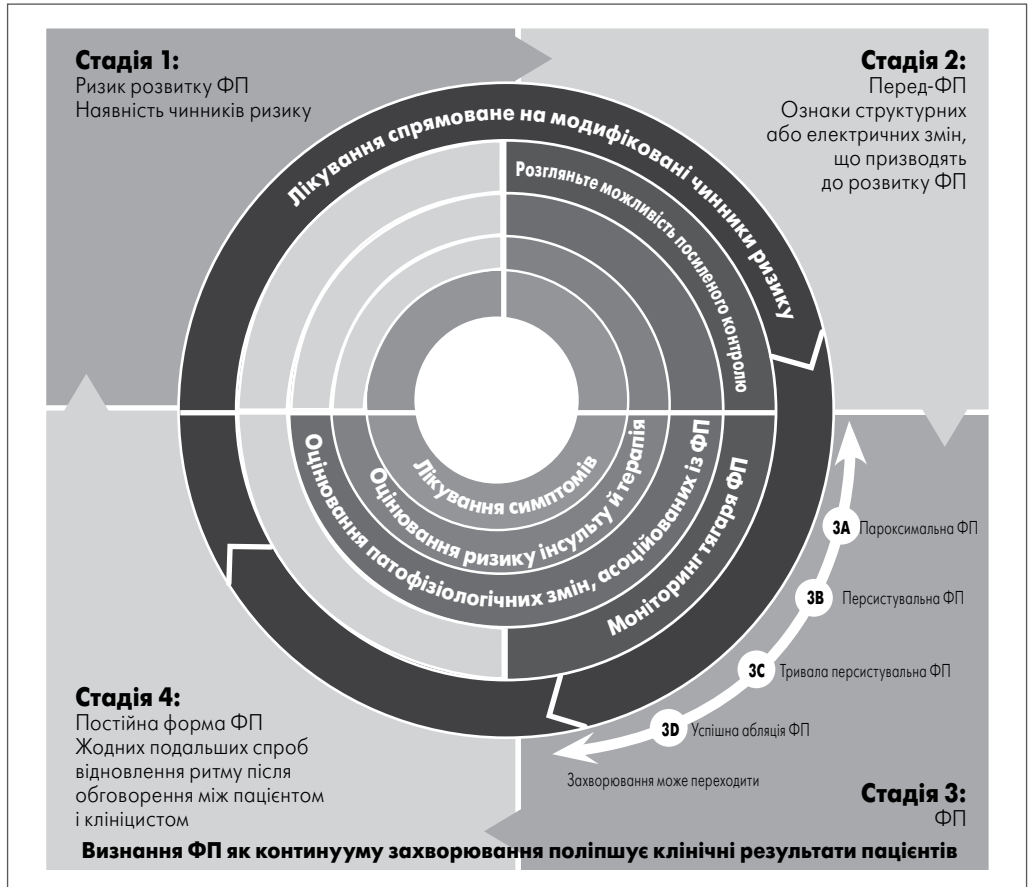


Рис. Стратегії ведення пацієнтів відповідно до нової системи класифікації ФП

Адаптовано за B.S. Wiggins et al. (2024)

Таблиця 1. **Ведення пацієнтів із ФП: ключові відмінності між рекомендаціями АНА/АСС/НRS (2014, 2019) та АСС/АНА/АССP/НRS (2023)**

Основні положення	Настанови АНА/АСС/НRS (2014/2019)	Настанова АСС/АНА/АССP/НRS (2023)
Стадії ФП	Розрізняють п'ять форм ФП: 1. Пароксизмальна 2. Персистувальна 3. Тривала персистувальна 4. Стьїка 5. Неклапанна	Залежно від прогресування розрізняють чотири стадії ФП: 1. Ризик розвитку ФП 2. Перед-ФП (наявність структурних змін, що свідчать про схильність до розвитку ФП) 3. ФП (пароксизмальна, персистувальна, тривала персистувальна та успішна абляція ФП) 4. Стьїка ФП
Ранній контроль ритму	Стратегія контролю серцевого ритму (ЧСС у спокої <80 уд./хв) є доцільною для симптоматичного лікування ФП (клас рекомендації 2a)	Пацієнтам зі зниженою функцією ЛШ і персистувальною (або значним тягарем) ФП слід рекомендувати контроль ритму, щоб оцінити, чи має вплив ФП на зниження функції ЛШ (клас рекомендації 1)
Катетерна абляція як засіб терапії першої лінії у пацієнтів із ФП окремої категорії	У пацієнтів із рецидивною симптоматичною пароксизмальною ФП катетерна абляція є доцільною початковою стратегією контролю ритму перед антиаритмічною терапією після зважування ризиків і результатів медикаментозного лікування та катетерної абляції (клас рекомендації 2a)	В окремої категорії пацієнтів (зазвичай молодшого віку з невеликою кількістю супутніх захворювань) із симптоматичною пароксизмальною ФП, у яких бажано контролювати ритм, катетерна абляція є терапією першої лінії для зменшення симптомів і запобігання прогресуванню ФП до персистувальної (клас рекомендації 1)

Примітки: ЧСС – частота серцевих скорочень, ЛШ – лівий шлуночок.
Адаптовано за B.S. Wiggins et al. (2024)

Таблиця 2. **Класифікація та стратегії лікування ФП: порівняння основних положень настанов ESC (2021) та АСС/АНА/АССP/НRS (2023)**

Основні положення	Настанова ESC (2021)	Настанова АСС/АНА/АССP/НRS (2023)
Стадії ФП	Відповідно до попередньої класифікації, передбачено п'ять типів ФП: 1. Уперше діагностована 2. Пароксизмальна 3. Персистувальна 4. Тривала персистувальна 5. Стьїка ФП розподілено на стадії залежно від її перебігу, без урахування чинників ризику	Залежно від прогресування розрізняють чотири стадії ФП: 1. Ризик розвитку ФП 2. Перед-ФП (ознаки структурних або електричних змін, що призводять до розвитку ФП) 3. ФП (пароксизмальна, персистувальна, тривало персистувальна та успішна абляція ФП) 4. Стьїка ФП
Ранній контроль ритму	Стратегію контролю ритму рекомендовано для зменшення симптомів і поліпшення якості життя в симптоматичних пацієнтах із ФП (клас рекомендації 1)	Пацієнтам зі зниженою функцією ЛШ і персистувальною (або значним тягарем) ФП рекомендовано контроль ритму, щоб оцінити, чи має вплив ФП на зниження функції ЛШ (клас рекомендації 1)
Катетерна абляція як засіб терапії першої лінії в окремої категорії пацієнтів із ФП	Катетерну абляцію для ізоляції легеневої вени слід / можна розглядати як засіб терапії першої лінії в межах стратегії контролю ритму для зменшення симптомів в окремої категорії пацієнтів із симптоматичними пароксизмальними епізодами ФП (клас рекомендації 2a) або персистувальною ФП без основних чинників ризику рецидиву ФП (клас рекомендації 2b) як альтернативу лікуванню антиаритмічними препаратами I або III класу, зважаючи на вибір пацієнта, користь і ризик	В окремої категорії пацієнтів (зазвичай молодшого віку з невеликою кількістю супутніх захворювань) із симптоматичною пароксизмальною ФП, у яких бажано контролювати ритм, катетерна абляція є терапією першої лінії для зменшення симптомів захворювання та запобігання прогресуванню ФП до персистувальної (клас рекомендації 1)

Примітки: ЛШ – лівий шлуночок.
Адаптовано за B.S. Wiggins et al. (2024)

Катетерна абляція при ФП

Катетерна абляція належить до терапії першої лінії, а рекомендацію підвищено із класу 2a (*помірна*), як зазначено в настанові АНА/АСС/HRS щодо ведення пацієнтів із ФП (2014), до класу 1 (*сильна*) відповідно до оновлених положень АСС/АНА/АССР/HRS (2023) в окремій категорії пацієнтів із ФП (Joglar et al., 2023; January et al., 2014).

В основі згаданих змін лежать результати нещодавніх рандомізованих досліджень EARLY-AF і STOP AF First, що продемонстрували переваги катетерної абляції над медикаментозним лікуванням для контролю серцевого ритму в окремій групі пацієнтів (Andrade et al., 2023; Wazni et al., 2021).

Рекомендацію щодо застосування катетерної абляції в пацієнтів із ФП та серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду також було підвищено до класу 1.

У нещодавніх рандомізованих дослідженнях результати застосування катетерної абляції продемонстрували вищу користь порівняно із фармакотерапією для контролю серцевого ритму в пацієнтів із серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду.

Застосування пристроїв для оклюзії вушка лівого передсердя

З огляду на додаткові дані щодо ефективності та безпеки, в оновленому документі АСС/АНА/АССР/HRS (2023) рекомендації, що стосується застосування пристроїв для оклюзії вушка лівого передсердя, присвоєно клас 2a, який вищий порівняно з положенням про використання цих пристроїв у разі протипоказань до антикоагулянтної терапії в настанові АНА/АСС/HRS щодо ведення пацієнтів із ФП (2019).

Окрема категорія пацієнтів із ФП

В оновлених настановах основну увагу було сфокусовано на веденні пацієнтів, у яких ФП виявлено на тлі некардіального захворювання або під час хірургічного втручання. Зокрема, наголошено на ризику рецидиву ФП на тлі зазначених або інших провокувальних чинників.

ПОРІВНЯННЯ ЗМІСТУ ОНОВЛЕНОЇ НАСТАНОВИ ІЗ ПОПЕРЕДНІМИ РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

До рекомендації АСС/АНА/АССР/HRS щодо ведення пацієнтів із ФП (2023) додано положення, що раніше було розглянуте у двох інших настановах (Joglar et al., 2023; January et al., 2014, 2019). У таблиці 1 наведено основні зміни щодо системи класифікації ФП, стратегій контролю серцевого ритму та катетерної абляції в рекомендаціях АСС/АНА/АССР/HRS (2023) порівняно з настановою АНА/АСС/HRS (2019).

Відмінності щодо класифікації, стратегій контролю серцевого ритму / частоти та застосування катетерної абляції між рекомендаціями АСС/АНА/АССР/HRS із ведення пацієнтів із ФП (2023) та настановою Європейського товариства кардіологів (ESC, 2020) стосовно діагностики та лікування ФП, представлено в таблиці 2 (Joglar et al., 2023; Hindricks et al., 2021).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.jacc.org