

Основні аспекти менеджменту пацієнтів із фібриляцією передсердь

Фібриляція передсердь (ФП) – одне із найпоширеніших порушень серцевого ритму. Навантаження на систему охорони здоров'я в усьому світі, зумовлене ФП, продовжує зростати. ФП може супроводжуватися різними проявами й симптомами, що погіршують якість життя пацієнтів. Європейське товариство кардіологів (ESC) у співпраці з Європейською асоціацією кардіоторакальної хірургії (EACTS) у 2024 р. розробили оновлену настанову щодо менеджменту осіб із ФП. Метою документа є структуроване й чітке надання рекомендацій для їх кращого дотримання та впровадження у клінічну практику. Зокрема, увагу акцентовано на важливості застосування спільного підходу до прийняття рішень, орієнтованого на пацієнта, для полегшення вибору індивідуального лікування, поліпшення клінічних результатів та підвищення якості життя хворих. Пропонуємо до вашої уваги огляд основних аспектів ведення пацієнтів із ФП, зазначених у настанові.

ФП часто супроводжується супутніми захворюваннями та пов'язаними із ними чинниками ризику. Через коморбідні патології для пацієнтів із ФП також характерна висока частота ускладнень та госпіталізацій. З-поміж поширених наслідків в осіб із ФП варто відзначити серцеву недостатність (СН), ішемічний інсульт, ішемічну хворобу серця (ІХС) та інші тромбоемболічні події, що асоційовані зі збільшенням ймовірності летальних випадків серед пацієнтів (Ruddox et al., 2017; Bassand et al., 2018). Окрім того, хворі на ФП мають підвищений ризик розвитку когнітивних порушень і деменції (Giannone et al., 2022; Koh et al., 2022).

Наразі широко визнано, що супутні захворювання та асоційовані з ними фактори ризику необхідно лікувати на ранніх стадіях та динамічно. Недотримання цієї стратегії може призвести до неефективності терапії та незадовільних результатів для пацієнтів.

Структурований підхід до надання допомоги пацієнтам із ФП у рекомендаціях ESC (2024) позначено абрєвіатурою AF-CARE, де:

- AF – фібриляція передсердь;
- C – контроль супутніх захворювань та факторів ризику;
- A – запобігання розвитку інсульту та тромбоемболії;
- R – зменшення симптомів шляхом контролю частоти та ритму;
- E – індивідуальна оцінка, зокрема динамічна повторна, адже ФП та пов'язані з нею стани змінюються з часом.

Діагностичні й терапевтичні підходи, включно з оцінкою співвідношення користі та ризику, ґрунтуються на відповідних рекомендаціях і доказах. Сила рекомендацій та рівень доказовості зазначені в таблицях 1 і 2.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

У більшості пацієнтів діагностувати ФП доволі просто. Зазвичай у них фіксуються типові симптоми, що пов'язані з характерними ознаками на стандартній електрокардіографії (ЕКГ) у 12 відведеннях, які вказують на наявність ФП і необхідність призначення лікування. Діагностика ускладнюється у разі виникнення безсимптомних епізодів, або якщо ФП було виявлено за допомогою пристроїв для довгострокового моніторингу, особливо без ЕКГ.

Таким чином, рекомендовано підтвердити ФП шляхом виконання ЕКГ (у 12 відведеннях, декількох або одному) для встановлення клінічного діагнозу, стратифікації ризику й початку терапії (I, A) (Granger et al., 2011; Patel et al., 2011).

Симптоми, пов'язані з епізодами ФП, різноманітні; 90% осіб із ФП описують симптоми різного ступеня тяжкості. Проте навіть у симптоматичних пацієнтів деякі епізоди ФП можуть залишатися безсимптомними (Schnabel et al., 2017; Simantirakis et al., 2017).

Оцінку асоційованих із ФП симптомів та їх впливу на пацієнта слід проводити на початку обстеження, після зміни лікування або до та після втручання для корекції аспектів ведення хворого (I, B). Модифікована класифікація симптомів Європейської асоціації серцевого ритму (mEHRA) може бути корисною для визначення тягаря та впливу симптомів. При цьому слід брати до уваги, що наявні симптоми також можуть бути проявами коморбідних захворювань, а не лише ФП (Samuel et al., 2021; Arbelo et al., 2021).

Загалом усі пацієнти із підтвердженою ФП мають пройти комплексне діагностичне обстеження з оцінкою анамнезу для виявлення факторів ризику та/або супутніх захворювань, які потребують активного лікування. Зокрема, слід виконати ЕКГ у 12 відведеннях для підтвердження порушення ритму, визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), а також виявлення ознак структурного захворювання серця, дефектів провідності або ішемії (Kvist et al., 2019). Аналізи крові (включно із загальним) необхідні для оцінки функції нирок, печінки, щитовидної залози, рівня сироваткових електролітів, глюкози / глікованого гемоглобіну для виявлення супутніх станів, які можуть загострити ФП чи підвищити ризик кровотечі та/або тромбоемболії (Berg et al., 2021). Також за підтвердженого діагнозу ФП доцільно провести трансторакальну ехокардіографію для прийняття оптимального рішення щодо лікування (I, C). Потреба у проведенні інших візуалізаційних досліджень залежить від індивідуальної оцінки та запланованої стратегії терапії (Bisbal et al., 2020; Roney et al., 2021).

КЛЮЧОВІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

Пацієнт-орієнтований підхід до лікування

При ведення осіб із ФП важливе запровадження пацієнт-орієнтованого підходу, що потребує інтеграції всіх аспектів лікування ФП. Вони включають такі кроки, як:

Таблиця 1. Класи рекомендацій

Клас	Визначення	Роз'яснення
Клас I	Докази та/або загальна згода стосовно того, що лікування чи процедура мають переваги, є корисними та ефективними	Рекомендовано або показано
Клас II	Суперечливі докази та/або розбіжності в думках щодо користі/ефективності лікування чи процедури	Слід (IIa) або можна (IIb) розглянути
Клас III	Докази або загальна згода, що лікування чи процедура не є корисними/ефективними, а в деяких випадках можуть бути шкідливими	Не рекомендовано

Таблиця 2. Рівні доказовості

Рівень	Визначення
Рівень А	Дані, отримані з багатьох рандомізованих клінічних досліджень або метааналізів
Рівень В	Дані, отримані з одного рандомізованого клінічного випробування або великих нерандомізованих досліджень
Рівень С	Консенсус думок експертів та/або дані, отримані з невеликих, ретроспективних досліджень, реєстрів

- контроль симптомів та супутніх захворювань;
- рекомендації щодо способу життя;
- психосоціальна підтримка;
- оптимальне лікування – фармакотерапія, кардіоверсія та інтервенційна або хірургічна абляція.

Центральним компонентом пацієнт-орієнтованого підходу є комунікація між хворим і мультидисциплінарною командою фахівців у галузі охорони здоров'я.

На додачу, для всіх пацієнтів із ФП, осіб, які доглядають за ними, членів родин та медичних працівників рекомендоване підвищення обізнаності й навчання, що допоможе при спільному прийнятті рішень, а також сприятиме відкритому обговоренню користі й ризику, пов'язаних із кожним варіантом лікування (*I, C*). Лікування осіб із ФП має відповідати принципам AF-CARE і не залежати від статі, етнічного походження та соціально-економічного статусу, щоб забезпечити належне надання медичної допомоги та поліпшення результатів для хворого (*I, C*) (Wang et al., 2022; Vinereanu et al., 2017).

Контроль коморбідності та факторів ризику

Виявлення та лікування факторів ризику й супутніх захворювань є невід'ємною частиною менеджменту пацієнтів із ФП (*I, B*) (Pathak et al., 2015; Middeldorp et al., 2018).

Артеріальна гіпертензія (АГ). У пацієнтів із ФП АГ пов'язана з підвищеним ризиком інсульту, СН, значної кровотечі та СС-смерті. Цільовий рівень систолічного артеріального тиску (АТ) у більшості дорослих осіб становить 120-129 мм рт. ст. Якщо антигіпертензивне лікування погано переноситься, у хворого має місце клінічно значуща слабкість чи вік пацієнта ≥ 85 років, доцільно розглянути більш м'яке цільове значення < 140 мм рт. ст. або «настільки низьке, наскільки це можливо». Діастолічний АТ під час лікування в ідеалі має бути 70-79 мм рт. ст. (Noubiap et al., 2021; McEvoy et al., 2024).

В осіб із ФП АГ часто співіснує з іншими модифікованими та немодифікованими факторами ризику. Вони можуть спричинити виникнення рецидивів ФП, повторні госпіталізації та збереження симптомів після контролю ритму (Trines et al., 2019; Zylla et al., 2020). Зниження АТ рекомендоване у пацієнтів із ФП та АГ для зменшення кількості повторних епізодів і прогресування ФП, а також запобігання виникненню несприятливих серцево-судинних (СС) подій (*I, B*) (Pinho-Gomes et al., 2021). Згідно із деякими даними, використання інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА) може бути ефективним для профілактики рецидиву ФП (Giannopoulos et al., 2014).

СН. Відзначено суттєвий зв'язок СН із рецидивом і прогресуванням ФП. Розвиток СН у пацієнтів із ФП корелює з подвійним зростанням частоти інсульту та тромбоемболії навіть після антикоагулянтної терапії та підвищенням смертності від усіх причин на 25% (Rossello et al., 2019; Rohla et al., 2019).

Пацієнтам із ФП, СН та порушенням фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) доцільно призначити відповідне медикаментозне лікування СН, щоб зменшити симптоми та/або кількість госпіталізацій із приводу СН і запобігти рецидиву ФП (*I, B*) (Pandey et al., 2021). Діуретики рекомендовані пацієнтам із ФП, СН та застійними явищами для полегшення симптомів та поліпшення ефективності лікування ФП (*I, C*).

Що стосується пацієнтів із ФП та СН зі зниженою ФВ (СНзнФВ), для багатьох препаратів класів іАПФ і БРА бракує переконливих даних на підтвердження користі. Також є докази щодо відсутності різниці між β -блокаторами та плацебо стосовно смерті від усіх причин при СНзнФВ і ФП (Kotecha et al., 2014).

Однак для цих препаратів є чіткі докази безпеки, і вони можуть бути показані для лікування супутніх патологій та зменшення асоційованих із ними симптомів. Наприклад, β -блокатори або дигоксин застосовують для контролю ЧСС при ФП, на додаток до зменшення ознак СН та госпіталізацій (Ziff et al., 2015; Groeneweld et al., 2011). Окрім того, комбіноване лікування СН легкого й помірного ступеня тяжкості за допомогою іАПФ/БРА, антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів, статинів і кардіореабілітації поліпшувало підтримання синусового ритму при амбулаторному моніторингу протягом 12 місяців (Rienstra et al., 2018).

Інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) рекомендовані пацієнтам із СН і ФП незалежно від ФВ ЛШ для зниження ризику госпіталізацій із приводу СН та СС-смерті (I, A). Для лікування СН зі збереженою ФВ (СНзбФВ) і ФП іНЗКТГ-2 дапагліфозин, емпагліфозин і сотагліфозин ефективні для поліпшення прогнозу (Solomon et al., 2022; Bhatt et al., 2021).

Цукровий діабет (ЦД). У пацієнтів із ФП ЦД зустрічається приблизно у 25% випадків. Такі хворі мають гірший прогноз, більшу кількість СС-подій та підвищений рівень смертності (Ding et al., 2022; Proietti et al., 2022). Поширеність супутніх ФП і ЦД 2-го типу зростає, що робить зв'язок цих двох станів значною проблемою громадського здоров'я. Крім того, ЦД є основним фактором, що підвищує ризик тромбоемболії. Після перенесеної катетерної абляції в осіб із ФП, ЦД і високим рівнем глікованого гемоглобіну відзначено збільшення тривалості перебування у стаціонарі та кількості рецидивів ФП (Karayiannides et al., 2022; D'Souza et al., 2021).

За даними когортних досліджень, лікування ЦД як частина комплексного контролю факторів ризику асоційоване зі зменшенням симптомів і тягаря ФП, зміною її типу (із персистувальної на пароксизмальну, або ФП взагалі зникає) та поліпшенням підтримання синусового ритму (Middeldorp et al., 2018; Pathak et al., 2015). До того ж з'являються нові дані щодо використання іНЗКТГ-2 та агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1) у пацієнтів із ЦД і ФП, що може вплинути на вибір терапії на їх користь у найближчому майбутньому. Важливо розуміти, що у хворих на ФП ЦД часто поєднується із множинними факторами ризику, тому потрібен комплексний підхід до лікування. Таким чином, ефективний глікемічний контроль має бути частиною комплексного контролю факторів ризику в осіб із ЦД та ФП з метою зменшення тягаря, рецидивів і прогресування ФП (I, C).

Ожиріння. Надмірна вага часто співіснує з іншими факторами ризику, які незалежно асоційовані з розвитком ФП. Ожиріння (індекс маси тіла [ІМТ] ≥ 30 кг/м²) та підвищена вага (ІМТ > 25 кг/м²) пов'язані з більшою імовірністю розвитку рецидивних передсердних аритмій після абляції в осіб із ФП (Providencia et al., 2019; Glover et al., 2019).

В умовах комплексного контролю чинників ризику зменшення маси тіла на $\geq 10\%$ в осіб із ФП, надмірною вагою або ожирінням корелює зі зменшенням симптомів та тягаря ФП (I, B). Окрім того, є дані про поліпшення підтримання синусового ритму, результатів абляції та зміну типу ФП відповідно до ступеня втрати ваги та контролю факторів ризику (Pathak et al., 2015; Abed et al., 2013). Однак також було показано, що зменшення маси тіла на $\leq 3\%$ жодним чином не впливало на рецидив ФП (Healey et al., 2012).

Кардіореспіраторна витривалість. Знижена кардіореспіраторна витривалість часто співіснує з іншими модифікованими факторами ризику та пов'язана із частішими рецидивами ФП після катетерної абляції. Регулярні аеробні вправи можуть зменшити симптоми ФП, підвищити якість життя та фізичні можливості хворих (Osbaek et al., 2011).

Підвищення кардіореспіраторної витривалості асоційоване зі зменшенням тягаря ФП та поліпшенням підтримання синусового ритму. Для осіб із пароксизмальною або персистувальною ФП рекомендовано застосовувати індивідуальну програму вправ для поліпшення кардіореспіраторної витривалості та зниження частоти рецидивів ФП (I, B) (Oesterle et al., 2022; Elliott et al., 2023).

Вживання алкоголю. У пацієнтів із ФП зловживання алкоголем підвищує ризик тромбоемболії, госпіталізації та смерті. Утримання від приймання алкоголю після підтвердження ФП може зменшити ймовірність ішемічного інсульту. Надмірне вживання алкоголю хворими, які отримують пероральні антикоагулянти, пов'язане із вищим ризиком кровотечі, зокрема з варикозного вузла, взаємодії алкоголю та ліків, ураження печінки тощо (Lee et al., 2021; Lim et al., 2021). На додаток, споживання алкоголю корелює із дозозалежним підвищенням частоти рецидивів ФП після катетерної абляції (Takahashi et al., 2021).

За наявними даними, утримання від споживання алкоголю особами із ФП сприяє значному зменшенню кількості повторних епізодів та тягаря ФП. У пацієнтів після катетерної абляції зменшення приймання алкоголю корелює із поліпшенням підтримання синусового ритму. Таким чином, зниження споживання алкоголю до ≤ 3 стандартних напоїв (≤ 30 г) на тиждень має бути складовою комплексного контролю факторів ризику для зменшення рецидивів ФП (I, B) (Pathak et al., 2014; Middeldorp et al., 2018).

Обструктивне апное уві сні (ОАС). Це дуже поширений стан у пацієнтів із ФП. Полісомнографія або домашнє тестування на апное уві сні мають переваги перед скринінговими опитувальниками на основі симптомів. Анкети для оцінки денної сонливості є незадовільними предикторами помірної й тяжкого ОАС (III, B) (Kadhim et al., 2021).

Спостережні дослідження свідчать про те, що особи з ОАС, які не отримували терапії безперервним позитивним тиском у дихальних шляхах (CPAP), погано реагують на лікування ФП та мають підвищений ризик рецидиву після кардіоверсії або абляції (Kanagala et al., 2003). І навпаки, у пацієнтів з ОАС, котрим було проведено CPAP, вочевидь, спостерігається зменшення ймовірності розвитку ФП (Mittal et al., 2021). За результатами невеликого дослідження, в осіб із помірним ОАС на CPAP було відзначено незворотне ремодельовання передсердь порівняно з відсутністю терапії (Nalliah et al., 2022). Своєю чергою дані щодо користі CPAP для зменшення СС-смерті при ОАС непереконливі (Labarca et al., 2020).

Алгоритм ведення пацієнтів із ФП відповідно до підходу AF-CARE відображений на рисунку 1.

ОЦІНКА ТА КОНТРОЛЬ РИЗИКУ ТРОМБОЕМБОЛІЇ

ФП є основним фактором ризику тромбоемболії, незалежно від того, чи вона пароксизмальна, персистувальна чи стійка. За відсутності лікування та залежно від інших факторів, специфічних для хворого, ймовірність ішемічного інсульту при ФП збільшується в п'ять разів (Friberg et al., 2010; Vanerjee et al., 2013). Таким чином, із метою профілактики ішемічного інсульту та тромбоемболії пацієнтам із ФП та підвищеним тромбоемболічним ризиком рекомендовано призначити пероральні антикоагулянти (I, A). При цьому перевагу варто надавати прямим оральним антикоагулянтам (ПОАК) перед АВК, за винятком осіб із механічними клапанами серця або помірним/тяжким мітральним стенозом (I, A) (Carnicelli et al., 2022; Connolly et al., 2022). Закриття вухка лівого передсердя рекомендоване як доповнення до пероральної антикоагулянтної терапії у пацієнтів із ФП, які перенесли операцію на серці, щоб запобігти розвитку ішемічного інсульту та тромбоемболії (Whitlock et al., 2021; Nso et al., 2022).

Антитромбоцитарна терапія не рекомендована як альтернатива антикоагулянтам в осіб із ФП для запобігання розвитку ішемічного інсульту та тромбоемболії (III, A) (van Walraven et al., 2002). Окрім того, не слід додавати антиагреганти до пероральних антикоагулянтів із метою профілактики ішемічного інсульту або тромбоемболії у пацієнтів із ФП (III, B). Застосування антитромбоцитарної терапії на додаток до антикоагулянтів також не рекомендоване у хворих на ФП для запобігання рецидиву емболічного інсульту (Yasuda et al., 2019; Polymeris et al., 2022).



Рівність у наданні медичної допомоги (стать, етнічна належність, соціально-економічний статус) (клас I)

Підвищення обізнаності та навчання пацієнтів, їхніх родин і працівників у галузі охорони здоров'я (клас I)

Пацієнт-орієнтований, мультидисциплінарний підхід до лікування ФП (клас IIa)

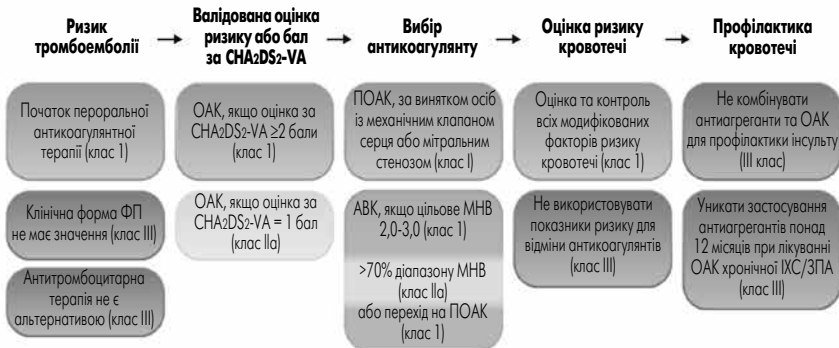
Контроль коморбідностей та факторів ризику

C

АГ	СН	Надмірна вага або ожиріння	ОАС	Зловживання алкоголем
Терапія для зниження АТ (клас I)	Діуретики при застійних явищах (клас I)	Втрата ваги (принаймні 10%) (клас I)	Терапія ОАС (клас IIb)	Діуретики при застійних явищах (клас I)
ЦД	Відповідна фармакотерапія СНзНФВ (клас I)	Бариатрична хірургія із контролем ритму (клас IIb)	Фізична працездатність	Інші фактори ризику / супутні захворювання
Ефективний контроль глікемії (клас I)	ІНЗКТ-2 (клас I)		Індивідуальна програма вправ (клас I)	Виявлення та інтенсивний контроль (клас I)

A

Запобігання розвитку інсульту та тромбоемболії



R

Зменшення симптомів ФП шляхом контролю ЧСС та ритму Переглянути ведення пацієнтів щодо різних клінічних форм ФП

Діагнована ФП Пароксизмальна ФП Персистувальна ФП Стьика ФП

Обрати оптимальну стратегію

Препарати для контролю ЧСС Кардіоверсія Антиаритмічні препарати Катетерна абляція Ендоскопічна/гібридна абляція Хірургічна абляція Абляція та контроль ритму

E

Оцінка та динамічна повторна оцінка

Повторна оцінка при епізодах ФП або госпіталізації не із приводу ФП

Регулярна повторна оцінка: через 6 місяців після звернення, а потім принаймні раз на рік або залежно від клінічних умов

ЕКГ (зокрема амбулаторно), аналізи крові, візуалізація серця та інші візуалізаційні дослідження за потреби	Оцінка нових / раніше виявлених факторів ризику та супутніх захворювань (клас I)	Стратифікація ризику інсульту та тромбоемболії (клас I)	Оцінка впливу симптомів ФП до та після лікування (клас I)	Оцінка й терапія модифікованих факторів ризику кровотечі (клас I)	Продовження ОАК незважаючи на лікування для контролю ритму, якщо є ризик тромбоемболії (клас I)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Рис. 1. Алгоритм ведення пацієнтів із ФП відповідно до підходу AF-CARE

Примітки: ОАК – оральні антикоагулянти, ПОАК – прямі оральні антикоагулянти, МНВ – міжнародне нормалізоване відношення, ЗПА – захворювання периферичних артерій.

Оцінка за шкалою $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA} \geq 2$ бали є необхідною як індикатор підвищеного ризику тромбоемболії для прийняття рішення про початок пероральної антикоагулянтної терапії (I, C). Усім пацієнтам із ФП і гіпертрофічною кардіоміопатією або амілоїдозом серця слід застосовувати пероральні антикоагулянти для запобігання ішемічному інсульту та тромбоемболії, незалежно від оцінки за $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ (I, B). У пацієнтів із ФП рекомендовано проводити індивідуальну повторну оцінку ймовірності тромбоемболії через періодичні проміжки часу, аби скоригувати антикоагулянтну терапію за потреби (I, B) (Vilches et al., 2022; Bezabhe et al., 2021).

Антагоністи вітаміну К (АВК), переважно варфарин, а також інші похідні кумарину та інданідіону, широко застосовуються для профілактики тромбоемболічних подій на тлі ФП. Така терапія знижує ризик інсульту на 64% і смертність на 26% у пацієнтів із ФП та підвищеним ризиком тромбоемболії (переважно варфарин порівняно із плацебо) (Hart et al., 2007). Для осіб із ФП, яким призначено АВК для профілактики інсульту, цільове міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) має становити 2,0-3,0, із метою досягнення ефективності й безпеки лікування (I, B) (Gullov et al., 1998).

Однак при застосуванні антикоагулянтів важливо досягти балансу між запобіганням розвитку тромбоемболії та збереженням фізіологічного гемостазу, причому внутрішньочерепні та інші великі кровотечі, пов'язані з АВК, є найбільш критичним обмеженням для їх використання. Поява ПОАК як терапії першої лінії змінила цей баланс ризику й користі, що дозволило призначати їх ширшому колу пацієнтів без необхідності регулярного моніторингу (Vora et al., 2022).

Перехід на ПОАК варто ініціювати у пацієнтів, які не змогли підтримувати належний час знаходження значень МНВ у терапевтичному діапазоні на АВК (<70%), для профілактики тромбоемболії та внутрішньочерепних крововиливів (ВЧК) (I, B). Своєю чергою перехід осіб із ФП з одного ПОАК на інший або із ПОАК на АВК без чітких показань не рекомендований для запобігання повторному емболічному інсульту (III, B) (Krittayaphong et al., 2020; Polymeris et al., 2022).

Усі ПОАК (апіксабан, дабігатран, едоксабан і ривароксабан) мають не меншу ефективність порівняно із варфарином для профілактики тромбоемболії, але додаткову користь щодо зменшення ВЧК на 50% (Giugliano et al., 2013). За результатами метааналізу досліджень (n=71 683), стандартне лікування ПОАК у повній дозі порівняно із варфарином знижувало ризик інсульту або системної емболії, ВЧК і смерті від усіх причин у хворих на ФП без істотної різниці щодо інших великих кровотеч (Carnicelli et al., 2022). Інший метааналіз даних показав, що у 5203 пацієнтів після електричної кардіоверсії частота комбінованої кінцевої точки, яка включала інсульт, системну емболію, інфаркт міокарда (ІМ) і СС-смерть, була значно нижчою у групі ПОАК порівняно з АВК без істотних відмінностей щодо великих кровотеч (Kotecha et al., 2018).

Що стосується когорти хворих на СН та ФП, частота серйозних тромбоемболічних подій є нижчою у пацієнтів на лікуванні ПОАК порівняно із варфарином (von Lueder et al., 2019). В осіб із ФП і хронічною хворобою нирок легкого та помірного ступеня тяжкості ПОАК демонструють ефективність і безпеку порівняно з АВК (Malhotra et al., 2019). Своєю чергою дабігатран протипоказаний пацієнтам із розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації <30 мл/хв/1,73 м².

За певними даними, у хворих на гемодіалізі, які отримували апіксабан (2,5 мг двічі на день) та АВК, не було виявлено різниці між групами лікування щодо ефективності або безпеки (Reinecke et al., 2023). Також результати дослідження показали, що застосування ривароксабану (10 мг) сприяло значному зниженню частоти СС-подій і великих кровотеч порівняно з АВК в осіб із ФП на гемодіалізі (De Vriese et al., 2021).

Варто зазначити, що незалежно від типу призначеного перорального антикоагулянту, важливо враховувати можливу взаємодію з іншими ліками, харчовими продуктами та добавками. До того ж в усіх пацієнтів, яким показано пероральну антикоагулянтну терапію, необхідно проводити оцінку й контроль модифікованих факторів ризику кровотечі для запобігання її виникненню (*I, B*) (Gallego et al., 2012; Bouillon et al., 2016). У хворих на ФП з активною кровотечею рекомендовано припинити антикоагулянтну терапію та провести діагностичні або лікувальні заходи, доки не буде виявлено та усунуто її причину (*I, C*).

ЗМЕНШЕННЯ СИМПТОМІВ ФП ЗА РАХУНОК КОНТРОЛЮ ЧСС ТА РИТМУ

Аспекти контролю ЧСС

У межах пацієнт-орієнтованого підходу до лікування більшість осіб із ФП потребують запровадження контролю ЧСС та відновлення або підтримання синусового ритму для зменшення симптомів і поліпшення результатів терапії. Оптимальна цільова ЧСС у хворих на ФП залежить від виразності симптомів, наявності СН, а також від того, чи застосовується одночасний контроль ЧСС та ритму.

Пацієнтам із ФП доцільно призначити терапію для контролю ЧСС, щоб виконати одну із задач (Hess et al., 2019):

- як початкову стратегію в гострих випадках;
- як доповнення до контролю ритму;
- як єдиний метод для контролю ЧСС і зменшення симптомів.

Бета-блокатори, дилтіазем, верапаміл або дигоксин є рекомендованими препаратами першої лінії у пацієнтів із ФП і ФВ ЛШ $>40\%$ для контролю ЧСС і зменшення симптомів. Також β -блокатори та/або дигоксин доцільно застосовувати хворим на ФП із ФВ ЛШ $\leq 40\%$ для контролю ЧСС і зменшення симптомів (Ulimoen et al., 2013; Nikolaidou et al., 2009).

У гострих випадках важливо оцінити та усунути причини, що лежать в основі розвитку ФП, до або паралельно із запровадженням екстреного контролю ЧСС та/або ритму. Вибір препарату залежить від характеристик пацієнта, наявності СН та ФВ ЛШ, а також гемодинамічного профілю. Загалом для ургентного контролю ЧСС β -блокатори (для всіх показників ФВ ЛШ) і дилтіазем/верапаміл (для ФВ ЛШ $>40\%$) мають переваги перед дигоксином завдяки швидшому початку дії та дозозалежним ефектам (Scheuermeyer et al., 2013). Селективні блокатори β_1 -адренорецепторів мають кращий профіль ефективності та безпеки, ніж неселективні (Perrett et al., 2023).

Окрім того, в гострих випадках може знадобитися комбінована терапія дигоксином; але слід уникати поєднання β -блокаторів із дилтіаземом/верапамілом, за винятком ретельно контрольованих ситуацій (Darby et al., 2012).

В окремої категорії пацієнтів із гемодинамічною нестабільністю або тяжким порушенням ФВ ЛШ слід розглянути внутрішньовенне (в/в) застосування аміодарону, ландіололу або дигоксину (Imamura, Kinugawa, 2020).

Довготривалий контроль ЧСС у пацієнтів із ФП передбачає призначення β -блокаторів, дилтіазему, верапамілу, дигоксину або комбінованого лікування. Вибір препаратів залежить від симптомів, супутніх захворювань, а також потенційних побічних ефектів і медикаментозних взаємодій. Комбіновану терапію слід розглядати лише за необхідності досягнення цільової ЧСС, і рекомендоване ретельне спостереження за хворим, щоб уникнути брадикардії.

Бета-блокатори, зокрема селективні блокатори β_1 -адренорецепторів, часто є препаратами першої лінії для контролю ЧСС. Верапаміл і дилтіазем призначають хворим, які мають побічні ефекти при лікуванні β -блокаторами (Koldenhof et al., 2022).

Дигоксин і дигітоксин знижують ЧСС за рахунок підвищення парасимпатичного тону вегетативної нервової системи. Використання дигоксину в нижчих дозах асоційоване із кращим прогнозом для хворих (Ziff et al., 2015). За даними дослідження, спостерігався зівставний ефект дигоксину та бісопрололу при опитуванні осіб із симптоматичною стійкою ФП щодо впливу на якість життя. Однак у пацієнтів, які отримували дигоксин, було зареєстровано менше побічних ефектів (Kotecha et al., 2020).

Аміодарон вважається останнім варіантом вибору для контролю ЧСС через пов'язані з ним значні екстракардіальні побічні ефекти, якщо комбінована терапія в максимально переносимих дозах виявилася неефективною, або якщо неможливо провести абляцію атріовентрикулярного вузла та кардіостимуляцію (Clemon et al., 1998).

Стратегії контролю ритму

Терапія, спрямована на відновлення та підтримання синусового ритму, включає такі методи, як:

- кардіоверсія;
- антиаритмічні препарати;
- черезшкірна катетерна абляція;
- ендоскопічна/гібридна абляція;
- відкриті хірургічні втручання.

Контроль ритму ніколи не є самостійною стратегією, натомість завжди має бути частиною підходу AF-CARE.

Електрична кардіоверсія рекомендована хворим на ФП із гострою гемодинамічною нестабільністю або її погіршенням для поліпшення результатів лікування (*I, C*) (Bonfanti et al., 2019). У пацієнтів із ФП при проведенні кардіоверсії для зниження ризику тромбоемболії слід надавати перевагу ПОАК перед АВК (*I, A*). Пероральна антикоагулянтна терапія протягом щонайменше трьох тижнів (ПОАК або якщо МНВ $\geq 2,0$ – АВК) є доцільною перед запланованою кардіоверсією в осіб із ФП і тріпотінням передсердь, щоб запобігти розвитку тромбоемболії (*I, B*) (Goette et al., 2016; Ezekowitz et al., 2018).

Трансезофагеальну ехокардіографію (ТЕЕ) слід проводити, якщо пацієнт на отримував пероральні антикоагулянти протягом трьох тижнів, для виключення серцевого тромбу та можливості застосування ранньої кардіоверсії (*I, B*). Своєю чергою рання кардіоверсія не рекомендована без відповідної антикоагулянтної терапії або ТЕЕ, якщо тривалість ФП перевищує 24 год, або є можливість дочекатися проведення спонтанної кардіоверсії (*III, C*) (Klein et al., 2001).

Всім пацієнтам після кардіоверсії протягом принаймні чотирьох тижнів та хворим із тромбоемболічними факторами ризику довгостроково рекомендовано продовжувати приймати пероральні антикоагулянти незалежно від того, чи досягнуто синусового ритму, для запобігання розвитку тромбоемболії (*I, B*) (Brunetti et al., 2018; Steinberg et al., 2004).

Застосування флекаїніду або пропafenону в/в рекомендоване у випадках, коли необхідне проведення фармакологічної кардіоверсії в осіб із нещодавно виниклою ФП, за винятком пацієнтів із тяжкою гіпертрофією ЛШ, СНзНФВ або ІХС (*I, A*). Введення вернакаланту в/в є доцільним, якщо слід виконати фармакологічну кардіоверсію у пацієнтів із нещодавно розвиненою ФП, за винятком осіб з останнім часом перенесеним гострим коронарним синдромом (ГКС), СНзНФВ чи тяжким стенозом аорти (*I, A*) (Conde et al., 2013; Markey et al., 2018). Використання аміодарону в/в необхідне у пацієнтів із ФП і тяжкою гіпертрофією ЛШ, СНзНФВ або ІХС, коли потрібне проведення кардіоверсії, беручи до уваги її можливу затримку (*I, A*) (Hofmann et al., 2004).

Фармакологічна кардіоверсія не рекомендована особам із дисфункцією синусового вузла, порушеннями атріоventрикулярної провідності або подовженням інтервалу QTc (>500 мс), якщо не враховані ризики проаритмії та брадикардії (III, C).

Сучасні підходи до проведення кардіоверсії у пацієнтів із ФП відображені на рисунку 2.

Призначення аміодарону рекомендоване пацієнтам із ФП та СНзнФВ, які потребують тривалої антиаритмічної терапії, для профілактики рецидиву та прогресування ФП, із ретельним моніторингом екстракардіальної токсичності (I, A). Дронедарон слід використовувати хворим на ФП за необхідності тривалого контролю ритму, зокрема особам із СН та помірним зниженням ФВ, СНзбФВ, ІХС або ураженнями клапанів серця, щоб запобігти повторним епізодам та прогресуванню ФП (I, A) (Valembois et al., 2019; Ehrlich et al., 2019). Флекаїнід або пропafenон призначають пацієнтам із ФП, які потребують тривалого контролю ритму для профілактики рецидиву та прогресуванню ФП, за винятком осіб із порушенням систолічної функції ЛШ, тяжкою гіпертрофією ЛШ або ІХС (I, A) (Kochiadakis et al., 2000).

Антиаритмічна терапія не рекомендована пацієнтам із тяжкими порушеннями провідності, якщо не передбачено антибрадикардійну стимуляцію (III, C).

Катетерна абляція

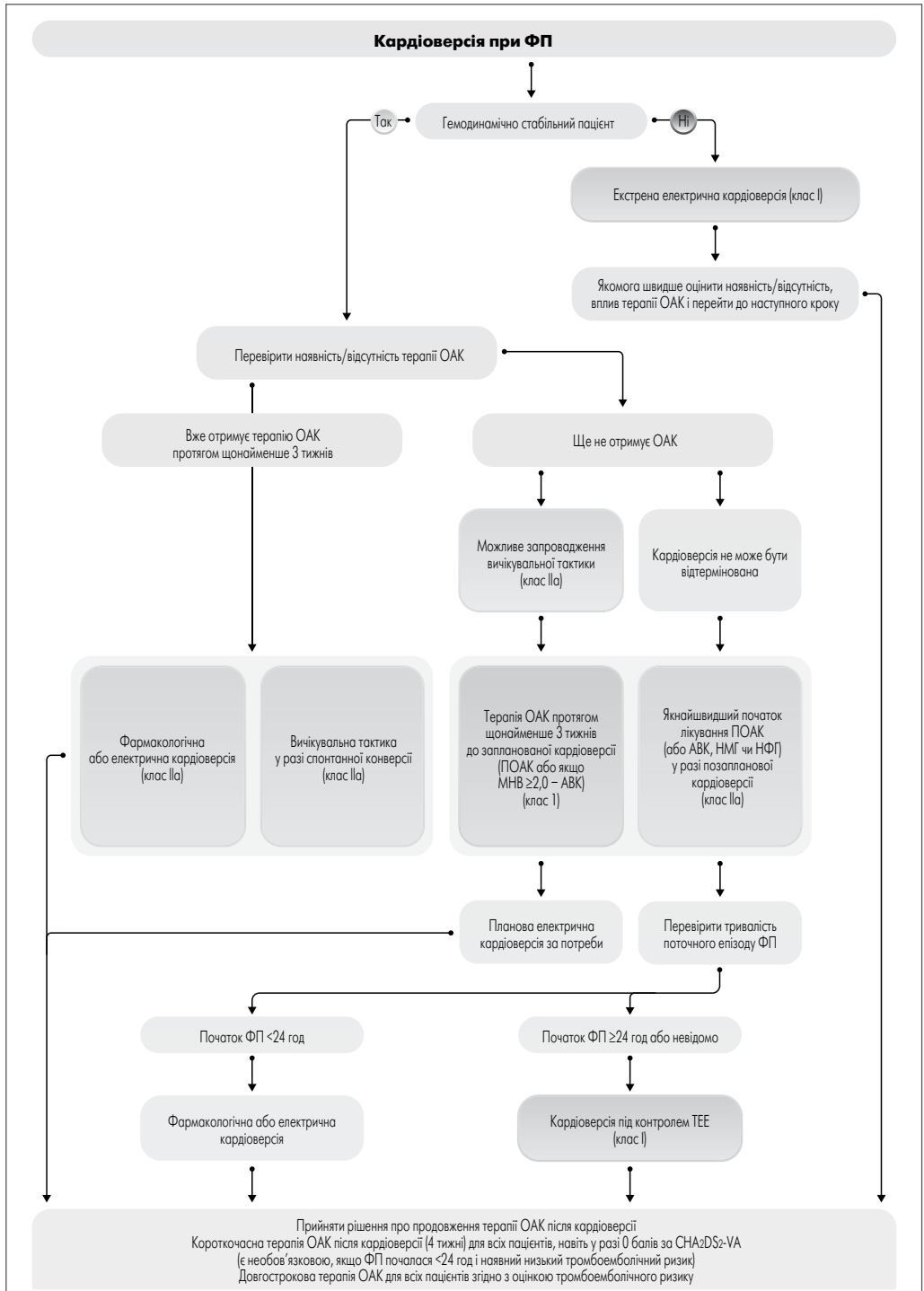
Катетерна абляція запобігає виникненню рецидивів і зменшує тягар ФП, а також поліпшує якість життя хворих на пароксизмальну або персистувальну ФП із резистентністю або непереносимістю антиаритмічної терапії (I, A). Під час розгляду доцільності проведення катетерної абляції в осіб із ФП при прийнятті спільного рішення пацієнтом та лікарем слід брати до уваги (I, C) (Wilber et al., 2010; Winkle et al., 2017):

- процедурні ризики;
- ймовірні переваги;
- фактори ризику рецидиву ФП.

Катетерна абляція є методом першої лінії в межах стратегії контролю ритму в пацієнтів із пароксизмальною ФП з метою зменшення симптомів, повторних епізодів і прогресування ФП (I, A) (Wazni et al., 2021). На додачу, процедуру слід проводити в осіб із ФП, СНзнФВ та високою ймовірністю кардіоміопатії, спричиненої тахікардією, для усунення дисфункції ЛШ (I, B) (Hunter et al., 2014).

Розпочинати приймання пероральних антикоагулянтів рекомендовано принаймні за три тижні до катетерної абляції у пацієнтів із ФП та підвищеним тромбоемболічним ризиком, щоб запобігти перипроцедурному ішемічному інсульту та тромбоемболії (I, C) (Sticherling et al., 2015). Безперервна пероральна антикоагулянтна терапія є доцільною у хворих на ФП, які перенесли катетерну абляцію, для профілактики ішемічного інсульту та тромбоемболії (I, A) (Di Monaco et al., 2020).

Всім особам із ФП протягом щонайменше двох місяців після абляції слід продовжувати використання пероральних антикоагулянтів, незалежно від показників серцевого ритму чи кількості балів за CHA₂DS₂-VA, для зниження ризику перипроцедурного ішемічного інсульту та тромбоемболії (I, C). Варто зазначити, що продовження пероральної антикоагулянтної терапії для профілактики ішемічного інсульту та тромбоемболії після абляції у пацієнтів із ФП рекомендоване відповідно до їхньої оцінки за CHA₂DS₂-VA, а не можливих сприятливих результатів процедури (I, C) (Calkins et al., 2018; Maduray et al., 2022). Окрім того, доцільно і надалі приймати пероральні антикоагулянти хворим на ФП із підвищеним тромбоемболічним ризиком після абляції ФП одномоментним, ендоскопічним або гібридним методом, незалежно від показників серцевого ритму чи виключення із кровотоку вушка лівого передсердя, для запобігання ішемічному інсульту та тромбоемболії (I, C).

**Рис. 2. Підходи до проведення кардіоверсії у пацієнтів із ФП**

Примітки: НМГ – низькомолекулярний гепарин, НФГ – нефракціонований гепарин.

Абляція під час операції на серці рекомендована особам із ФП, які перенесли втручання на мітральному клапані, для запобігання розвитку симптомів і рецидивів ФП, внаслідок спільного прийняття рішення хворим і лікарем із залученням кваліфікованої команди електрофізіологів та хірургів із досвідом проведення втручань при аритміях (I, A) (McClure et al., 2018; Huffman et al., 2016). Інтрапроцедурна візуалізація для виявлення тромбу лівого передсердя у пацієнтів, яким було виконано хірургічну абляцію, необхідна для визначення хірургічної стратегії, незалежно від застосування пероральних антикоагулянтів, для запобігання перипроцедурному ішемічному інсульту та тромбоемболії (I, C).

ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІЧНИХ УМОВ

Стратегії ведення хворих на ФП за різних клінічних умов, зокрема аспекти підходу AF-CARE, можуть варіювати.

Нестабільні стани. До нестабільних пацієнтів із ФП належать особи із гемодинамічною нестабільністю, спричиненою аритмією чи гострими патологіями серця, а також хворі з тяжкими станами. До виникнення й рецидиву ФП у таких пацієнтів можуть призвести клінічні стани, як-от:

- сепсис;
- надмірна адренергічна стимуляція;
- порушення електролітного балансу.

Екстрена електрична кардіоверсія є лікуванням першої лінії у нестабільних хворих на ФП, якщо вважається, що контроль синусового ритму необхідний незважаючи на високий ризик негайного рецидиву (Shima et al., 2021). Амідарон є варіантом другої лінії через його сповільнену дію (Drikite et al., 2021).

ГКС. У пацієнтів після перенесеного ГКС частота ФП коливається від 2 до 23%. Ризик нового епізоду ФП в осіб з ІМ значно підвищується. Крім того, ФП є поширеним провокувальним фактором розвитку ІМ 2-го типу (Gonzalez-Pacheco et al., 2015; Coscia et al., 2022).

В осіб із ФП та ГКС, яким показано неускладнене черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), є доцільним раннє припинення (≤ 1 тижня) приймання ацетилсаліцилової кислоти та продовження перорального антикоагулянтного лікування (бажано ПОАК) з інгібітором рецепторів P2Y₁₂ (бажано клопідогрелем) протягом < 12 місяців, аби уникнути великої кровотечі, якщо ризик тромбозу низький або ймовірність кровотечі висока (I, A). Після неускладненого ЧКВ рекомендоване раннє припинення (≤ 1 тижня) терапії ацетилсаліциловою кислотою та продовження застосування перорального антикоагулянту й інгібітора рецепторів P2Y₁₂ (бажано клопідогрелю) протягом шести місяців, щоб запобігти великим кровотечам, якщо ішемічний ризик низький (I, A) (Lopes et al., 2019; Alexander et al., 2020).

ІХС та судинні патології. Для стабільних пацієнтів із хронічною ІХС або судинними захворюваннями, які отримують пероральні антикоагулянти, застосування антиагрегантів понад 12 місяців не рекомендоване через їх недостатню ефективність та для уникнення великих кровотеч (III, B) (Matsumura-Nakano et al., 2019; Jensen et al., 2023).

Післяопераційна ФП. Це поширене ускладнення, яке виникає у 30-50% осіб, які перенесли кардіохірургічне втручання, і у 5-30% – некардіальні операції (Gaudino et al., 2023). Необхідно проводити періопераційне лікування амідароном, якщо є потреба у фармакотерапії, для запобігання розвитку ФП після операції на серці (I, A). Рутинне застосування β -блокаторів не рекомендоване пацієнтам, які перенесли некардіальну операцію, для профілактики ФП (III, B) (Ziff et al., 2020; Yagdi et al., 2003).

Емболічний інсульт невизначеного генезу (ESUS). У пацієнтів з ESUS ризик повторного епізоду становить 4-5% на рік. Основними джерелами емболії, пов'язаними з ESUS, є прихована ФП, передсердна кардіоміопатія, захворювання ЛШ, атеросклеротичні бляшки, відкритий овальний отвір, ураження клапанів і рак. Повідомляється, що ФП є основним механізмом у 30% осіб з ESUS. У пацієнтів з ESUS слід проводити тривалий моніторинг ФП для прийняття оптимальних рішень щодо лікування ФП (*I, B*) (von Falkenhausen et al., 2023; Bernstein et al., 2021).

Хворим даної категорії без підтвердженої ФП не рекомендовано розпочинати приймати пероральні антикоагулянти через брак даних щодо їх ефективності у профілактиці ішемічного інсульту та тромбоемболії (*III, A*) (Diener et al., 2019).

Вагітність. ФП є однією із найпоширеніших аритмій під час вагітності. Швидка атріоventрикулярна провідність при ФП може мати серйозні гемодинамічні наслідки для матері та плода і пов'язана з підвищеним ризиком смерті. Мультидисциплінарний підхід має важливе значення для запобігання ускладнень у матері та плода (Tamirisa et al., 2022; Vaidya et al., 2017).

Негайна електрична кардіоверсія рекомендована вагітним пацієнткам із ФП та гемодинамічною нестабільністю або ФП із передзбудженням шлуночків для поліпшення результатів для матері та плода (*I, C*). Антикоагулянтна терапія низькомолекулярним гепарином або АВК (за виключенням АВК протягом 1-го триместру або після 36-го тижня) є доцільною для вагітних хворих на ФП із підвищеним тромбоемболічним ризиком для профілактики ішемічного інсульту та тромбоемболії (*I, C*) (Regitz-Zagrosek et al., 2018; Katritsis et al., 2017). Селективні блокатори β_1 -адренорецепторів (за винятком атенололу) слід використовувати для контролю ЧСС при ФП під час вагітності, щоб зменшити симптоми та поліпшити результати для матері та плода (*I, C*) (Bateman et al., 2018).

Тріпотіння передсердь. В осіб із тріпотінням передсердь ФП є поширеним явищем, що корелює із тромбоемболічними наслідками. Тож лікування тріпотіння передсердь та асоційованих із ним факторів ризику є схожим із таким при ФП. Пацієнтам із тріпотінням передсердь із підвищеним тромбоемболічним ризиком рекомендоване застосування пероральних антикоагулянтів для запобігання ішемічного інсульту та тромбоемболії (*I, B*) (Vadmann et al., 2015; Rahman et al., 2016).

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ФП

Профілактика ФП має важливе значення для поліпшення якості життя у загальній популяції та зменшення витрат на охорону здоров'я й соціальну допомогу, пов'язані з розвитком ФП.

Профілактика ФП у загальній популяції передбачає підтримання оптимального АТ за допомогою іАПФ або БРА як терапії першої лінії, а також нормальної ваги (ІМТ 20-25 кг/м²) (*I, B*) (Soliman et al., 2020; Chan et al., 2021). На додаток, для запобігання розвитку ФП рекомендовано вести активний спосіб життя, що є еквівалентним навантаженням помірної інтенсивності 150-300 хв на тиждень або аеробним вправам високої інтенсивності 75-150 хв на тиждень (*I, B*). Зокрема, профілактика ФП у загальній популяції включає уникання надмірного вживання алкоголю (*I, B*) (Csengeri et al., 2021; Khurshid et al., 2021). Особам із СНзнФВ рекомендовано призначити відповідну медикаментозну терапію з метою запобігання розвитку ФП (*I, B*) (Wang et al., 2022; Yin et al., 2022).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.escardio.org