

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00981&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00981. Профілактика фібриляції передсердь

Автор: Pekka Raatikainen
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-03-14

Лікування гострої фібриляції передсердь: див.

настанова 00979 | [Management of acute atri...](#)

Основні положення

- Необхідно розглянути профілактичне лікування фібриляції передсердь (ФП), якщо пацієнт погано переносить аритмію. Без лікування вона повториться у 80–90% пацієнтів впродовж року.
- Профілактичне лікування необхідно планувати індивідуально для кожного пацієнта, маючи на увазі необхідність контролю будь-яких факторів схильності, наприклад, електролітний або ендокринологічний розлад або ішемію міокарда.
- Протиаритмічні препарати рідко здатні повністю усунути епізоди ФП і, отже, полегшення симптомів і більш рідкісні епізоди слід розглядати як реалістичні цілі лікування.
- Якщо немає відповіді на медикаментозне лікування, пацієнт повинен бути направлений до кардіолога, який спеціалізується на ритмології, щоб оцінити необхідність катетерної абляції або інших інвазивних методів лікування.

Лікарські засоби [доказ|B] [доказ|B]

- Супутні захворювання пацієнта та їх лікування відіграють невід'ємну роль у виборі профілактичних препаратів проти ФП (фото [зображення|01355] Choice of prophylactic m...).
- Починати лікування протиаритмічними засобами (агенти класу I і III) повинен фахівець, але лікарі первинної медичної допомоги можуть проводити подальше лікування відповідно до рекомендацій, наданих фахівцем.
- Об'єктивні докази щодо ефективності лікарського засобу можуть бути отримані, наприклад, за допомогою амбулаторного моніторингу ЕКГ та клінічного тестування. Необхідно забезпечити достатній час для того, щоб ефект лікарського засобу стабілізувався перед проведенням оцінки ефективності препарату.

Бета-блокатори [доказ|B]

- На первинній медичній допомозі препаратом першого вибору для профілактики ФП є *бета-блокатор*.
- Бета-блокатори особливо підходять для пацієнтів з гіпертонічною хворобою, коронарним захворюванням серця або серцевою недостатністю або у яких аритмію провокують фізичні вправи чи стрес.
 - При серцевій недостатності лікування слід починати обережно невеликою дозою.
 - У комбінації з іншими протиаритмічними препаратами бета-блокатори посилюють їх дію і знижують їх проаритмічні ефекти.
 - При вагус-опосередкованій ФП аритмія виникає, коли частота серцевих скорочень сповільнюється, наприклад, після їжі або вночі, коли пацієнт спить. При цьому типі ФП бета-блокатори можуть навіть погіршити ситуацію.
- Бета-блокатори можуть усунути симптоми ФП шляхом контролю частоти скорочень шлуночків. Це може у свою чергу перешкоджати оцінюванню результатів лікування.
- Незважаючи на те, що відмінності між різними бета-блокаторами невеликі, доцільно надавати перевагу засобам, які вводяться один раз на добу і щодо яких є найсильніші докази при лікуванні супутніх захворювань (біспролол 5–10 мг один раз на день, метопролол 50–200 мг один раз на день)

Блокатори кальцієвих каналів


- *Блокатори кальцієвих каналів* (верапаміл і дилтіазем) не запобігають рецидиву ФП, але, як і при застосуванні бета-блокаторів, вони показують полегшення симптомів шляхом контролю частоти скорочень шлуночків. Вони також підвищують ефективність і зменшують проаритмічні ефекти інших протиаритмічних засобів.

Дигоксин

- *Дигоксин* не запобігає повторенню ФП, і навіть може збільшити частоту і тривалість епізодів ФП. Проте, дигоксин може запобігти швидкій шлуночкової відповіді на повторення ФП, що виправдовує його застосування у пацієнтів з серцевою недостатністю.
- Вплив дигоксину на прогноз у пацієнтів з ФП суперечливий.

Фактичні антиаритмічні засоби [доказ 07371 | A] [доказ 06561 | A] [доказ 00052 | A] [доказ 06656 | A] [доказ 06916 | A,↓]

- В даний час найбільш популярними препаратами для профілактики ФП є препарат класу IC *флекаїнід*, а також препарати класу III *аміодарон* і *дронедарон*.
- Флекаїнід (100-200 мг один раз на день) є ефективним і безпечним при лікуванні ідіопатичної первинної фібриляції передсердь, але він протипоказаний пацієнтам з інфарктом міокарда, серцевою недостатністю або іншим структурним серцевим захворюванням.
- Застосування флекаїніду вимагає ретельного обстеження пацієнта та виключення інших захворювань серця перед початком лікування, а також ретельного контролю під час лікування (фото [зображення 01346] Initiation of Class IC a...)].
- Дослідження перед лікуванням, такі як ехокардіографія та, за необхідності, тест на фізичне навантаження, зазвичай можуть проводитися в поліклініці лікарні і, як правило, немає необхідності госпіталізувати пацієнта для початку лікування.
- Спостереження можна здійснюватися первинною медичною допомогою.
 - Якщо під час наступного візиту з метою спостереження виявляються будь-які ознаки або симптоми, що свідчать про структурні захворювання серця, пацієнт повинен бути направлений до кардіолога для подальших досліджень і можливої зміни лікарських засобів.

- Флекаїнід необхідно негайно припинити, якщо пацієнт переніс інфаркт міокарда, розвивається серйозна серцева недостатність або виявляються інші ознаки або симптоми, що свідчать про структурні захворювання серця.
- Продовження прийому препарату також протипоказано, якщо у пацієнта розвивається блокада ніжки пучка Гіса.
- Для того, щоб зменшити ризик проаритмії, лікарський засіб класу ІС переважно слід призначати в комбінації з бета-блокатором або іншим лікарським засобом, який уповільнює атріовентрикулярну (АВ) провідність.
- Аміодарон є більш ефективним проти рецидиву ФП, ніж інші протиаритмічні засоби. Проте, його тривале застосування ускладнюється декількома несерцевими побічними ефектами та взаємодіями лікарських засобів (наприклад, з варфарином, прямими антикоагулянтами), що робить його непридатним вибором для початкового лікування ФП.
 - Застосування аміодарону вимагає ретельного відбору пацієнтів та моніторингу для того, щоб виявити порушення у функції, наприклад, щитовидної залози, печінки або легенів. З іншого боку, аміодарон рідко викликає проаритмію, а також може застосовуватися у пацієнтів з інфарктом міокарда і серцевою недостатністю.
 - Щоб уникнути виникнення несприятливих ефектів, доза навантаження (наприклад, 600 мг/добу протягом 2 тижнів) повинна супроводжуватися найменшою можливою підтримуючою дозою (100-200 мг/добу).
 - При оцінці ефективності аміодарону слід пам'ятати, що може знадобитися кілька тижнів, щоб його ефект повністю стабілізувався.
 - Щоб уникнути ускладнень кровотеч при початку аміодарону, дозу варфарину слід зменшити вдвічі, а значення МНВ слід перевіряти частіше.
- *Дронедарон* є похідним аміодарону. Він не містить йоду, а метилсульфонамидная група була додана для зниження її ліпофільності. Навіть якщо дронедарон внаслідок цих структурних змін, ймовірно, викликає менше серйозних побічних ефектів, ніж аміодарон, його застосування вимагає ретельного відбору пацієнтів та регулярного спостереження (фото ).
 - Ефективність застосування дронедарону (400 мг двічі на день) у профілактиці фібриляції передсердь була перевірена в великих дослідженнях. Проте, його протиаритмічний ефект

не дорівнює ефекту аміодарону та низці інших протиаритмічних засобів; з іншого боку, показано, що дронедазон знижує потребу в госпіталізації та покращує виживаність у окремих пацієнтів з пароксизмальною або постійною фібриляцією передсердь.

- Дронедазон особливо підходить для профілактики фібриляції передсердь, пов'язаної з ішемічною хворобою серця, але внаслідок серйозних побічних ефектів він протипоказаний при серцевій недостатності та постійній фібриляції передсердь, а також у пацієнтів з діагнозом токсичності печінки або легенів під час лікування аміодароном. Одночасне застосування з дабігатраном також протипоказано.
- Соталол є бета-блокатором, але якщо його застосовують у високих дозах (> 160 мг / добу), він подовжує час QT, як у випадку з препаратами класу III.
 - Після електричної або фармакологічної кардіоверсії соталол запобігає рецидиву як пароксизмальної, так і персистуючої ФП більш ефективно, ніж плацебо, але через ризик розвитку двонаправленої шлуночкової тахікардії його використання значно зменшилося в останні роки.
- Застосування інших аритмічних засобів як профілактики ФП є мінімальним. Засоби класу IA *хінідин* і *дизопірамід* (які можуть вимагати спеціального дозволу на корисне застосування) особливо запобігають так званій вагусній ФП. Проте, через ризик проаритмії вони повинні призначатися кардіологом.

Коментар експерта. Лікарські засоби хінідин і дизопірамід станом на 04.06.2019 в Україні не зареєстровані.

Катетерна абляція [доказ 06230 B]

- Катетерна абляція запобігає рецидиву ФП в середньому у 70-85% пацієнтів тільки з пароксизмальною ФП, яка виявилася медично рефрактерною, але необхідні додаткові знання про її вплив на прогноз пацієнтів.
- Основним показником для катетерної абляції є високо-симптоматична (оцінка Європейської асоціації ритму серця EHRA 3–4) рефрактерна до ліків ФП. Найбільш відповідними пацієнтами для лікування абляції є пацієнти з
 - пароксизмальною ФП

- відсутністю діагнозу великих серцевих захворювань
 - поперечним діаметром лівого передсердя < 5 см
 - частими передчасними передсердними комплексами на Т-хвилі.
- Абляція може розглядатися як варіант лікування першої лінії у високо симптоматичних пацієнтів тільки з пароксизмальною ФП, якщо вона проводиться у відділенні з досвідом лікування.
 - Катетерна абляція є складною електрофізіологічною процедурою, яка пов'язана з малим ризиком серйозних ускладнень (наприклад, тампонада серця, стеноз легеневих вен, тромбоемболічні ускладнення, перфорація стравоходу).
 - Якщо ФП викликається іншою суправентрикулярною аритмією, такою як атріовентрикулярна вузлова реципрокна тахікардія, тахікардія, пов'язана з синдромом Вольфа-Паркінсона-Уайта або тріпотінням передсердь, катетерна абляція тригерної аритмії також запобігає ФП.
 - Швидка ФП, пов'язана з синдромом Вольфа-Паркінсона-Уайта, є небезпечною для життя: такі пацієнти повинні обов'язково проходити катетерну абляцію додаткового провідного шляху.
 - Абляція катетера при тріпотінні передсердь може зменшити ФП, але не повністю виключає її.

Терапія кардіостимуляторів та хірургія аритмій

[доказ
L07503] B]

- Встановлення кардіостимулятора для запобігання рецидиву ФП на практиці придатне тільки для пацієнтів, які мають звичайні показання до стимуляції, такі як дисфункція синусового вузла.
 - При синдромі дисфункції синусового вузла кардіостимулятор знижує частоту ФП, тромбоемболічні ускладнення, а також смертність (див. [настанова
L00063] Синдром слабкості синусо...]).
- Процедура лабіринту або хірургічна терапія абляції, проведена спільно з іншою операцією на серці, ефективно запобігає рецидиву ФП.
 - Хірургічний підхід розглядається для лікування ФП переважно у пацієнтів, які потребують операції на відкритому серці з інших причин або коли інші методи лікування виявилися неефективними або протипоказані.

Інша профілактика [доказ 05003 | В] [доказ 04648 | В] [доказ 05480 | С] [доказ 06204 | С]

- Ідентифікація та лікування факторів ризику, а також здоровий спосіб життя (фізичні вправи, управління вагою, припинення куріння) є важливими у профілактиці ФП.
 - Щодо основних захворювань, особливу увагу слід приділяти лікуванню гіпертензії, ожиріння і серцевої недостатності.
- Інгібітори АПФ і антагоністи рецепторів ангіотензину-II знижують виникнення ФП при серцевій недостатності та гіпертензії, але не існує доказів їх ефективності у профілактиці ідіопатичної первинної ФП.
 - Ефективність цих препаратів у профілактиці ФП, ймовірно, обумовлена їхньою здатністю як зменшити розтягування передсердь, так і запобігти структурному ремодельованню ФП шляхом супресії утворення сполучної тканини.
- Результати досліджень щодо впливу статинів і риб'ячих жирів на ФП є суперечливими, їх рутинне використання не рекомендується.
 - Риб'ячий жир може підвищити ризик кровотечі при одночасному застосуванні з антикоагулянтною терапією.

Пов'язані ресурси

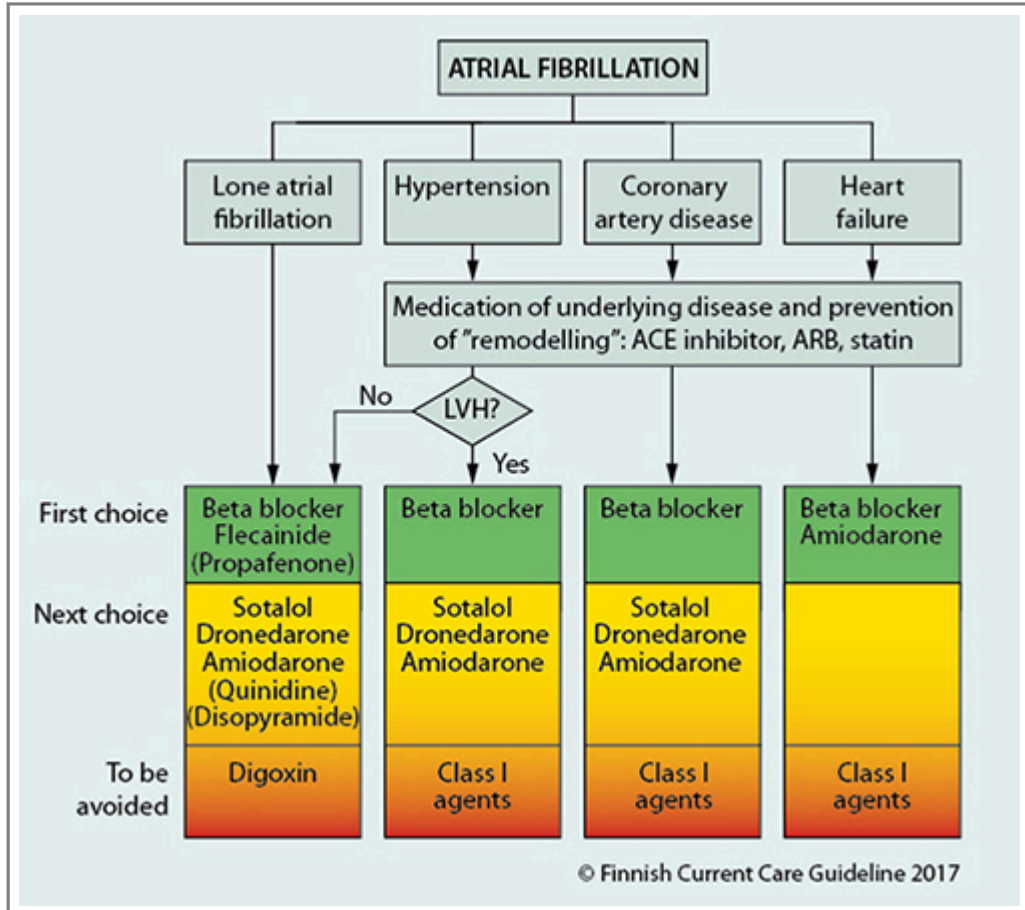
- Кокранівські огляди [пов'язані 00065 | Prevention of atrial fib...]
- Клінічні настанови [пов'язані 00065 | Prevention of atrial fib...]
- Інші інтернет-ресурси [пов'язані 00065 | Prevention of atrial fib...]
- Література [пов'язані 00065 | Prevention of atrial fib...]

Настанови

- [Настанова 00979](#). Management of acute atrial fibrillation.
- [Настанова 00063](#). Синдром слабкості синусового вузла.

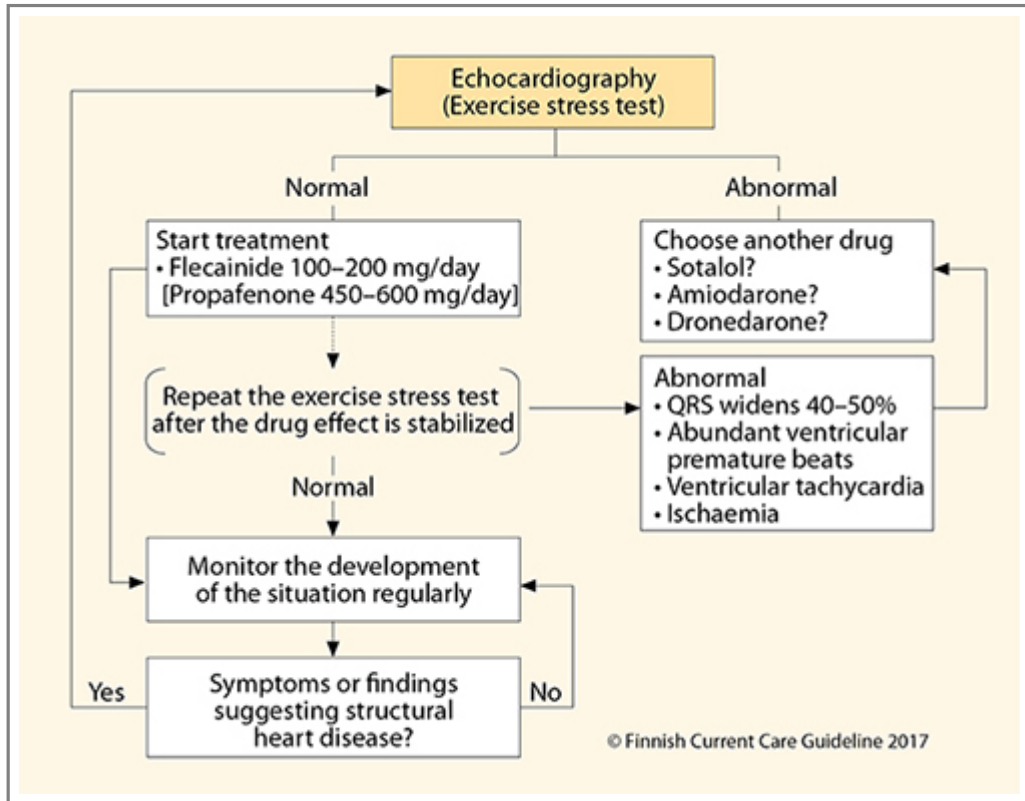
Зображення

- [Зображення 01355](#). Choice of prophylactic medication for atrial fibrillation.



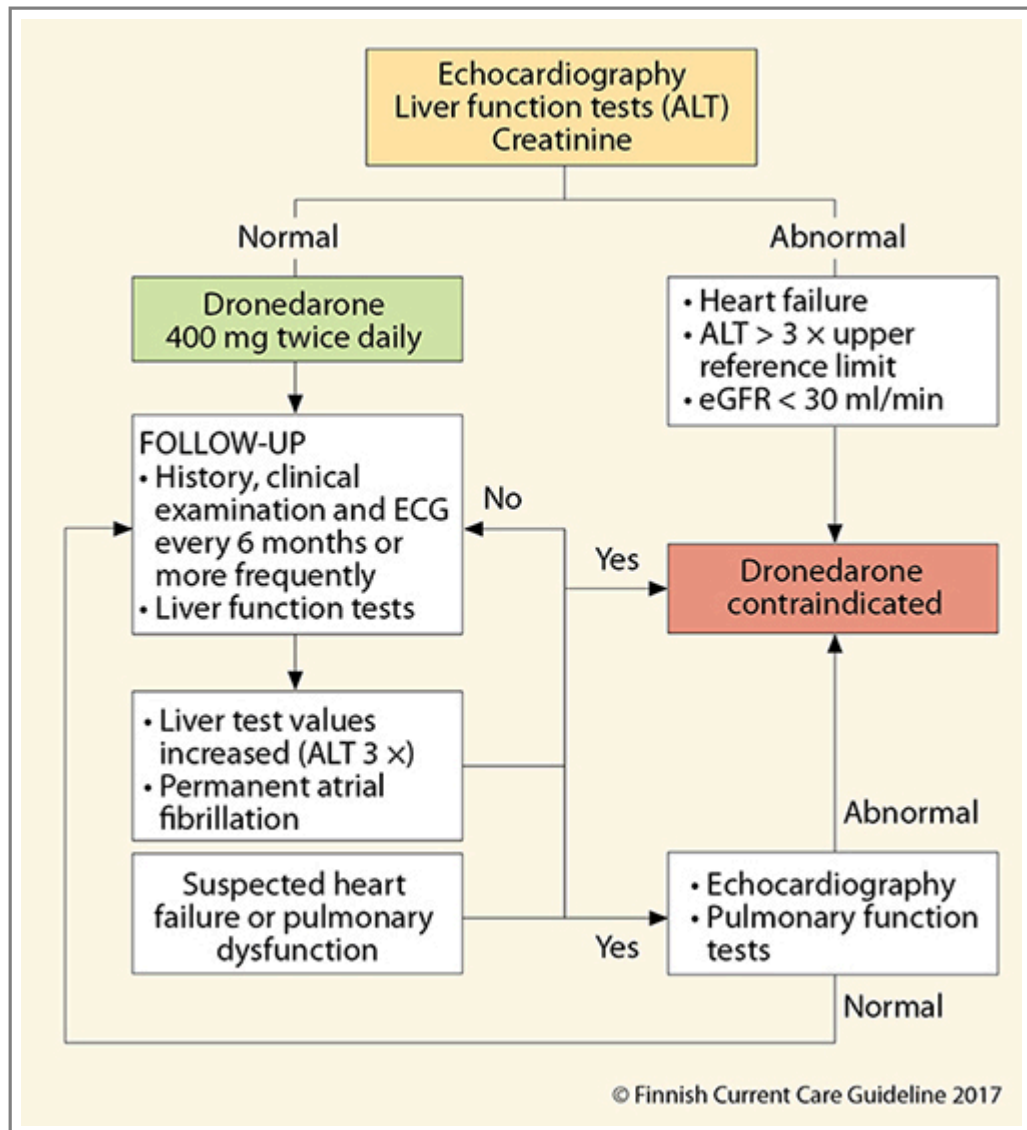
Автори та власники авторських прав: Finnish Current Care Guidelines / Working group on atrial fibrillation Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01346](#). Initiation of Class IC antiarrhythmic medication and monitoring of the patient.



Автори та власники авторських прав: Finnish Current Care Guidelines / Working group on atrial fibrillation Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01347](#). Dronedarone in the prevention of atrial fibrillation.



Автори та власники авторських прав: Finnish Current Care Guidelines / Working group on atrial fibrillation Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05791](#). Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2015-04-16
Рівень доказовості: B
Резюме: Several class IA, IC and III drugs, as well as class II (beta-blockers), appear to be moderately effective in maintaining sinus rhythm after conversion of atrial fibrillation but they increase adverse events, including pro-arrhythmia, and some of them (disopyramide, quinidine and sotalol) may increase mortality.

- [Доказовий огляд 02865](#). Sotalol vs quinidine for maintenance of normal sinus rhythm in atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Sotalol and quinidine appear to be more effective than control in maintaining sinus rhythm. Both agents appear to increase mortality with long-term therapy.
- [Доказовий огляд 01923](#). Metoprolol for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2003-08-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Metoprolol appears to be better than placebo in maintaining sinus rhythm after cardioversion of persistent atrial fibrillation.
- [Доказовий огляд 07371](#). Propafenone for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2015-04-17
Рівень доказовості: A
Резюме: Propafenone is more effective than placebo in reducing atrial fibrillation recurrence after cardioversion.
- [Доказовий огляд 06561](#). Amiodarone for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2015-04-16
Рівень доказовості: A
Резюме: Amiodarone is more effective than placebo in reducing atrial fibrillation recurrence.
- [Доказовий огляд 00052](#). Adverse effects of amiodarone.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Low-dose amiodarone (400 mg/day) has thyroid, neurologic, dermatologic, ocular, and bradycardic adverse effects.
- [Доказовий огляд 06656](#). Dronedaronе for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2015-04-17
Рівень доказовості: A
Резюме: Dronedaronе is more effective than placebo in reducing atrial fibrillation recurrence after cardioversion.
- [Доказовий огляд 06916](#). Dronedaronе in atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2011-11-17
Рівень доказовості: A↓↓
Резюме: Dronedaronе increases rates of heart failure, stroke, and death from cardiovascular causes in patients with permanent atrial fibrillation and with risk factors for major vascular events.
Рекомендація: Do not use dronedaronе in patients with permanent atrial fibrillation or in patients with severe congestive heart failure.
- [Доказовий огляд 06230](#). Catheter ablation vs antiarrhythmic drug therapy for atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2017-08-17
Рівень доказовості: B
Резюме: Catheter ablation for atrial fibrillation appears to increase freedom from atrial arrhythmias at 12 months compared with antiarrhythmic drug therapy.

- [Доказовий огляд 07503](#). Concomitant atrial fibrillation surgery for people undergoing cardiac surgery.
Дата оновлення: 2017-01-19
Рівень доказовості: B
Резюме: For patients with atrial fibrillation (AF) undergoing cardiac surgery, concomitant AF surgery appears to increase freedom from atrial fibrillation, atrial flutter, or atrial tachycardia off anti-arrhythmic drugs, while increasing the risk of permanent pacemaker implantation.
- [Доказовий огляд 05003](#). Screening for atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2013-06-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Systematic or opportunistic active screening for atrial fibrillation appears to detect additional cases over current practice.
- [Доказовий огляд 04648](#). Prevention of post-operative atrial fibrillation after heart surgery.
Дата оновлення: 2013-07-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Pharmacological therapies or pacing appear to be favourable interventions for prevention of atrial fibrillation after cardiac surgery.
- [Доказовий огляд 05480](#). Angiotensin receptor blockers or angiotensin converting enzyme inhibitors in the prevention of atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2007-04-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers may be effective in the prevention of atrial fibrillation in patients with cardiovascular diseases.
- [Доказовий огляд 06204](#). The impact of suppressing the renin-angiotensin system on atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2008-10-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin-receptor blockers may prevent the development of new-onset atrial fibrillation (AF), improve the likelihood of successful cardioversion, and prevent recurrence of AF after cardioversion.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00981 Ключ сортування: 004.048 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-14

Автор(и): Pekka Raatikainen Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Cardiology

Ключові слова індексу
speciality: Internal medicine speciality: Cardiology mesh: Atrial fibrillation AF Prevention
mesh: Anti-arrhythmia agents mesh: Electric countershock Cardioversion Beta-blockers Dronedrone

mesh: Adrenergic beta-antagonists mesh: Calcium channel blockers Sotalol Verapamil Diltiazem Digoxin
Flecainide Propafenone Amiodarone Ibutilide Quinidine Disopyramide
mesh: Angiotensin-converting enzyme inhibitors Angiotensin-II receptor antagonists Pacemaker
mesh: Cardiac pacing, artificial mesh: Catheter ablation icpc-2: K78