

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=ebm01007&format=pdf>

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

Настанова 01007. Підходи до лікування фібриляції передсердь: контроль частоти серцевих скорочень чи контроль ритму?

Автор: Pekka Raatikainen
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-03-16

Основні положення

- Тактика лікування фібриляції передсердь (ФП) визначається індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням симптомів, супутніх захворювань, факторів, які сприяють розвитку фібриляції передсердь і тромбоемболічних ускладнень, тривалості аритмії та передбачуваних переваг і ризиків лікування. Рішення про тактику лікування приймається тільки після ретельного обстеження пацієнта (таблиця [табл. T1]).
- Основною частиною ведення пацієнтів з ФП незалежно від обраного підходу до лікування є усунення факторів, що сприяють або провокують розвиток аритмії, а також адекватна терапія основного захворювання.

Таблиця T1. Обстеження та дослідження при ФП. У більшості випадків вибір підходу до лікування може здійснюватися лікарем первинної медичної допомоги на основі результатів початкових досліджень. Найважливішим дослідженням другої лінії є ехокардіографія.

Дослідження першої лінії
1. Анамнез і клінічне обстеження
1. Тяжкість симптомів (за шкалою EHRA), частота і тривалість епізодів ФП, особливості їх появи і зникнення

Дослідження першої лінії
<ol style="list-style-type: none">2. Фактори, що провокують появу епізодів3. Фактори ризику тромбоемболічних ускладнень4. Поточна медикаментозна терапія та інші види лікування
2. ЕКГ
<ol style="list-style-type: none">1. Для діагностики аритмії та моніторингу лікування2. Для діагностики інших захворювань серця (гіпертрофія лівого шлуночка, блокада ніжок пучка Гіса, перенесений інфаркт міокарда, дельта-хвиля)3. Для оцінки ефективності лікарських засобів
3. Лабораторні дослідження
<ol style="list-style-type: none">1. Загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів, калій, креатинін, глюкоза натще, ТТГ, ліпіди, загальний аналіз сечі (протеїнурія, глюкозурія), які слід проводити після першого епізоду ФП, при плануванні профілактичної терапії і при раптовому повторенні ФП.2. Крім того, можуть знадобитися дослідження з безпеки лікарських засобів (наприклад, аміодарону, дронедарону).
Найпоширеніші дослідження другої лінії
1. Рентгенографія ОГК
<ol style="list-style-type: none">1. За підозри на інше захворювання серця або легень
2. Ехокардіографія
<ol style="list-style-type: none">1. При вирішенні питання про початок застосування антиаритмічних препаратів (I і III класів)2. За наявності ознак структурного ураження серця
3. Добовий моніторинг ЕКГ (Холтерівське моніторування) або реєстратор подій, що активується пацієнтом
<ol style="list-style-type: none">1. Для діагностики аритмії та моніторингу лікування
4. Клінічні навантажувальні тести
<ol style="list-style-type: none">1. Для діагностики аритмії та контролю лікування2. Для виключення ішемічної хвороби серця при вирішенні питання про призначення антиаритмічних препаратів IC класу.
Менш поширені дослідження другої лінії
5. Черезстравохідна ехокардіографія

Дослідження першої лінії
1. За наявності показань для ранньої кардіоверсії
6. Електрофізіологічні дослідження
1. Для діагностики аритмії (аналіз механізму виникнення ширококомплексної тахікардії, виявлення первинних порушень ритму) 2. При показаннях до катетерної абляції (первинні порушення ритму, що провокують ФП, фокальна ФП або абляція атріовентрикулярного вузла)

Вибір лікування [доказ 06271|A] [доказ 02651|A]

- *Контроль ритму* включає кардіоверсію і використання лікарських засобів або інших форм лікування для попередження повторної ФП (див. [настанова 00981|Prevention of atrial fib...]). За планування та початок прийому антиаритмічних препаратів відповідає лікар-спеціаліст, проте лікарі первинної медичної допомоги можуть вести подальше лікування.
- *Контроль частоти серцевих скорочень* означає підхід до лікування, при якому відмовляються від повторних кардіоверсій та профілактичного лікування і підтримують постійну форму ФП (див. [настанова 01008|Контроль частоти серцеви...]).
 - З використанням нижченаведених клінічних настанов лікар первинної медичної допомоги може прийняти рішення про вибір тактики контролю ЧСС.
 - При виборі тактики контролю ЧСС слід ретельно спостерігати за пацієнтом, оскільки надто велика швидкість скорочення шлуночків сприяє виникненню серцевої недостатності (кардіоміопатія, викликана тахікардією).
- Антикоагулянтну терапію необхідно розглядати як при виборі контролю ритму, так і ЧСС; це єдина форма лікування, яка достовірно покращує прогноз пацієнта з ФП (див. [настанова 00983|Показання та застосуванн...]). Впровадження антикоагулянтної терапії є головним обов'язком персоналу первинної медичної допомоги.
- Суб'єктивна шкода внаслідок аритмії є одним з найважливіших факторів, що впливають на вибір тактики лікування при фібриляції передсердь. Для оцінки тяжкості симптомів рекомендовано шкалу EHRA, розроблену Європейською асоціацією серцевого ритму (таблиця [табл. T2]).

Таблиця Т2. Шкала EHRA для класифікації симптомів, пов'язаних з ФП

Клас EHRA	Критерії
EHRA 1	Симптоми відсутні
EHRA 2a	Легкі симптоми; звичайна щоденна активність не порушена
EHRA 2b	Помірні симптоми; звичайна щоденна активність не порушена
EHRA 3	Тяжкі симптоми; звичайна щоденна активність порушена
EHRA 4	Симптоми, що викликають непрацездатність; звичайна денна активність припиняється

Модифіковано з джерела: Wynn GJ, Todd DM, Webber M, et al. The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification. *Europace*. 2014;16:965-72. [PubMedID|24534264]

Фактори на користь контролю ЧСС [Доказ 102651 | A]

- У пацієнтів старшого віку (> 65 років) з легкими симптомами (EHRA 1–2) цілком виправдано відмовитися від спроби кардіоверсії і зосередитись на контролі ЧСС та антикоагулянтній терапії, особливо за наявності супутніх захворювань, наприклад, серцевої недостатності, ішемічної хвороби серця, гіпертензії або цукрового діабету.
 - У цих пацієнтів контроль ЧСС і контроль ритму матиме однаковий вплив на прогноз, і в середньому їх якість життя не буде значно відрізнятися.
- Інші фактори на користь контролю ЧСС:
 - зменшення симптомів при проведенні терапії для контролю ЧСС
 - швидке повторення ФП (< 2–3 місяців) попри профілактичну терапію
 - збільшення лівого передсердя за даними ехокардіографії (> 5 см)
 - тривалість ФП > 6–12 місяців
 - фізично неактивний пацієнт.

Фактори на користь контролю ритму

- Спроба відновлення синусового ритму має бути виконана практично у всіх випадках при появі перших симптомів ФП.
 - У безсимптомних пацієнтів на розсуд лікаря можна відмовитись від відновлення синусового ритму вже на етапі діагностики.

- Контроль ритму є тактикою вибору, незважаючи на наявність супутніх захворювань, якщо
 - у пацієнта наявні тяжкі симптоми (EHRA 3–4) або гемодинамічні ускладнення, незважаючи на максимальний медикаментозний контроль ЧСС
 - є хороша відповідь на антиаритмічну профілактичну медикаментозну терапію
 - розміри лівого передсердя є нормальними
 - тривалість ФП становить < 6 місяців
 - пацієнт молодого віку та фізично активний.

Пов'язані джерела

- Клінічні настанови [\[пов'язані | Treatment approach for a...\]](#)
- Література [\[пов'язані | Treatment approach for a...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00981](#). Prevention of atrial fibrillation.
- [Настанова 01008](#). Контроль частоти серцевих скорочень при постійній формі фібриляції передсердь.
- [Настанова 00983](#). Показання та застосування антикоагулянтної терапії при фібриляції передсердь.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06271](#). Warfarin or antiplatelet therapy for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2008-12-12
Рівень доказовості: A
Резюме: Adjusted-dose warfarin is more efficacious (by approximately 40%) than antiplatelet therapy for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation. Adjusted-dose warfarin and antiplatelet agents reduce stroke by approximately 60% and by approximately 20%, respectively.
- [Доказовий огляд 02651](#). Restoration of sinus rhythm in atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2009-05-27
Рівень доказовості: A
Резюме: Rhythm control by repeated cardioversion in elderly patients does not improve survival or quality of life compared to rate control. Sinus rhythm can be restored in about 80% of patients with atrial fibrillation and maintained in about 50% of patients receiving antiarrhythmic therapy.

Настанова 01007. Підходи до лікування фібриляції передсердь: контроль частоти серцевих скорочень чи контроль ритму?

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: ebm01007 Ключ сортування: 004.045 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-16

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 Cardiology

Ключові слова індексу
speciality: Cardiology mesh: Arrhythmia mesh: Atrial fibrillation AF Heart rate Pulse rate Rate control
Rhythm control Ventricular rate mesh: Anticoagulants Anticoagulation ECG mesh: Electric Countershock
Transoesophageal echocardiogram mesh: Warfarin icpc-2: K78